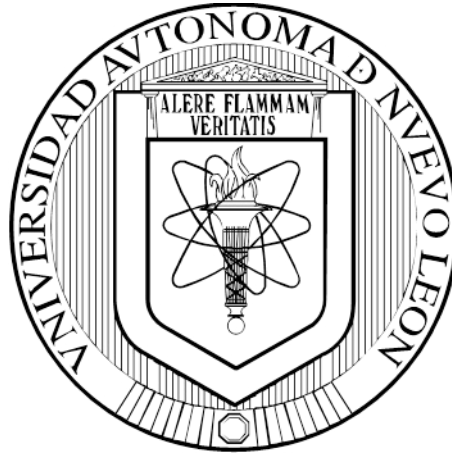


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO DE CONDUCTA PROTECTORA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO EN
MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

POR

ME. GLORIA MARICELA GUERRA RODRÍGUEZ

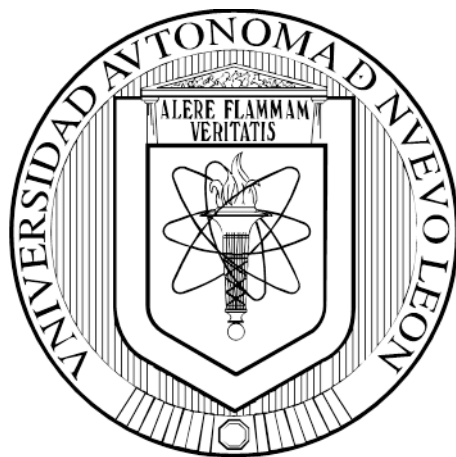
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA PROTECTORA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO EN
MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

POR

ME. GLORIA MARICELA GUERRA RODRÍGUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS

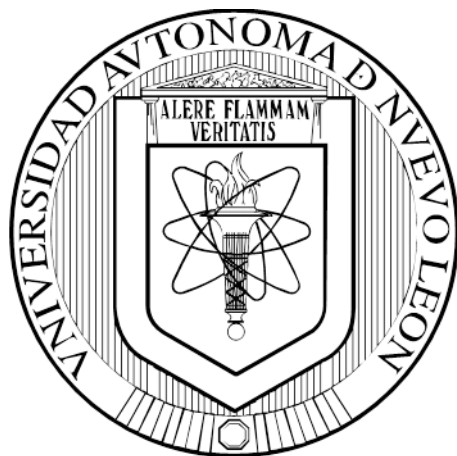
DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA PROTECTORA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO EN
MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

POR

ME. GLORIA MARICELA GUERRA RODRÍGUEZ

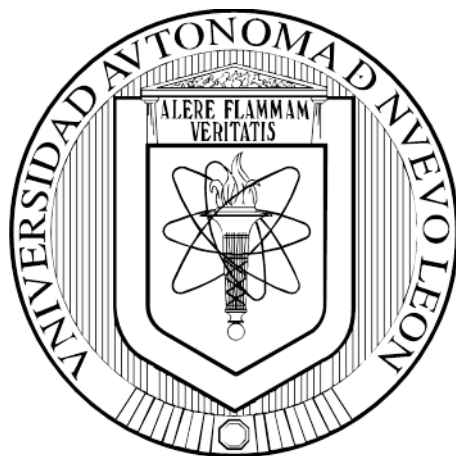
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO DE CONDUCTA PROTECTORA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO EN
MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

POR

ME. GLORIA MARICELA GUERRA RODRÍGUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

AGOSTO, 2017

MODELO DE CONDUCTA PROTECTORA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO
EN MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Aprobación de Tesis

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Director de Tesis y Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega
Secretario

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez
1er. Vocal

Dra. Rocío Ortiz López
2do. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP), por la beca otorgada para realizar y culminar mis estudios de doctorado.

Al director de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Dr. Gustavo Gutiérrez Sánchez, por el apoyo brindado durante el tiempo como estudiante doctoral.

A la directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación por el apoyo brindado durante mi estancia académica.

A la School of Nursing of University of Texas at Austin, por recibirme durante mi residencia doctoral y por todas las facilidades prestadas.

A mi directora de tesis Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, pilar importante en mi desarrollo como estudiante doctoral, a quien agradezco infinitamente el compartir sus conocimientos de forma incondicional, pero sobre todo agradecida por su calidad humana, su apoyo y comprensión en todos los aspectos tanto profesional como personal, gracias por su paciencia y cada una de sus palabras de aliento que me ayudaron a poder culminar con éxito mi trabajo de investigación doctoral.

A la Dra. Jane Dimmit, por compartir sus conocimientos y orientarnos en el proceso de la investigación científica.

A la Dra. María Aracely Márquez Vega, Dra. Dora Julia Onofre, Dra. Rocío Ortiz López, Dra. Raquel Benavides, por sus valiosas aportaciones en mi trabajo de tesis.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, por su asesoría estadística durante la etapa de análisis de resultados e interpretación de los mismos.

Al Dr. Octavio Olivares, amigo y compañero colega principalmente por creer en mi proyecto, orientarme y enseñarme a crecer como profesional en el área de salud de la mujer; gracias por todo su apoyo incondicional.

A la Dra. Laura Vázquez Galindo, por encaminarme en el mundo de la superación profesional, gracias por confiar en mí.

A mis compañeros estudiantes de doctorado por su amistad, apoyo y por todos los momentos compartidos.

A mis estudiantes de pregrado que colaboraron durante el proceso de recolección de datos, gracias por su entrega y amor hacia este trabajo de investigación.

A todas las participantes en este trabajo de investigación, gracias por confiar en mí y compartir su experiencia de vida.

Dedicatoria

A Dios por poner en mi camino a las personas correctas y darme la oportunidad de vivir esta experiencia llena de satisfacciones en mi vida profesional y personal.

A mi amada familia, por su incondicional apoyo durante mi etapa como estudiante doctoral, gracias a mi esposo por su amor y paciencia para cumplir los roles que mi ausencia marcaron, gracias a mis hijos por sus hermosas palabritas de amor que llenaron mis días de motivación para esforzarme día a día y culminar este proceso que sin duda no fue fácil, pero con ustedes a mi lado todo fue más ameno y tomó un valor distinto. Cada uno de mis logros llevan siempre plasmados sus nombres.

A mis padres, por darme la vida y seguir a mi lado apoyando cada paso profesional motivándome a ser mejor persona y ejemplo para mis hijos. Gracias a mi hermana por cada palabra de aliento que le dió color a mis días de tristeza.

A mis verdaderas amigas por ser parte de este sueño, por escucharme en mis días oscuros y compartir esas tardes de café donde se olvida todo.

A mi rommie de tres años, gracias por escuchar mil veces mi tema sin aburrirte, por cada velada juntas, pero sobre todo por tu sincera amistad y apoyo siempre que lo necesité... al fin lo logramos!!!!

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico Conceptual	8
Significado	11
Creencias culturales y actitud	11
Estatus socioeconómico	11
Preparación y conocimiento	11
Comunidad y sociedad	11
Patrones de respuesta: Indicadores de proceso y de resultado	12
Derivación De La Teoría De Rango Medio	12
Conciencia acerca del VPH y CaCU	13
Actitud de la mujer hacia el diagnóstico y control del VPH	14
Conocimiento de la mujer acerca del VPH	15
Machismo y Estigma	15
Afrontamiento al diagnóstico de VPH y Autoeficacia para una CPCaCU	16
Conducta protectora para CaCU	17
Proposiciones Teóricas De La Teoría De Rango Medio Para Un Modelo De Conducta Protectora Para CaCU En Mujeres Portadoras De VPH	18
Estudios Relacionados	20
Conciencia acerca del VPH y CaCU	20
Conocimiento del VPH	22
Conocimiento del VPH y conducta protectora para CaCU	24
Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH	26
Machismo	27
Estigma	27
Afrontamiento al diagnóstico y control del VPH	28
Autoeficacia para una conducta protectora para CaCU	29
Conducta protectora para CaCU	29
Conducta protectora para CaCU y su relación con las condiciones personales, sociales y patrones de respuesta	30
Objetivo General	33
Objetivos Específicos	33
Definición de Términos	34
Capítulo II	
Metodología	36
Diseño de Estudio	36
Población, Muestreo y Muestra	36
Criterios de Exclusión	37
Instrumentos	37

Contenido	Página
Procedimiento de Selección de Participantes y Recolección de la Información	43
Consideraciones Éticas	45
Estrategias para el Análisis de los Datos	46
Capítulo III	
Resultados	48
Perfil Sociodemográfico	48
Descripción de Variables del Estudio	49
Consistencia Interna de los Instrumentos	65
Resultados de Acuerdo a los Objetivos del Estudio	65
Capítulo IV	
Discusión	83
Limitaciones del estudio	91
Conclusiones	92
Recomendaciones	94
Referencias	96
Apéndices	
A. Estructura Teórica Conceptual Empírica para el Modelo de Conducta Protectora para CaCU en Mujeres Portadoras del VPH	105
B. Consentimiento Informado del Paciente	106
C. Cédula de Datos Personales	108
D. Escala de Conciencia acerca del VPH y CaCU	110
E. Escala de Conocimiento y Conciencia del VPH	112
F. Escala de Actitud hacia el VPH	113
G. Escala de Machismo Sexual	115
H. Escala VIH Estigma	117
I. Escala Brief COPE Inventory (BCI)	120
J. Escala de Autoeficacia para una Conducta Protectora para CaCU	122
K. Escala de Conducta Protectora para CaCU	124
L. Conciencia acerca del VPH y CaCU en mujeres portadoras del VPH	126
M. Conocimiento del VPH en las mujeres portadoras del VPH	127
N. Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH en mujer portadora del VPH	128
O. Percepción de machismo que tiene la mujer portadora del VPH de su pareja	130
P. Estigma percibida por las mujeres portadoras del VPH	132
Q. Afrontamiento al diagnóstico del VPH	135
R. Autoeficacia para el uso del condón	137
S. Autoeficacia en mujeres portadoras del VPH para la toma de la citología cervical	138
T. Matriz de correlación entre las variables del estudio	139

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características sociodemográficas	48
2. Conciencia acerca del VPH y CaCU en mujeres portadoras del VPH	50
3. Conocimiento del VPH en las mujeres portadoras del VPH	51
4. Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH en la mujer portadora del VPH	52
5. Percepción de machismo que tiene la mujer portadora del VPH de su pareja	54
6. Estigma percibida por las mujeres portadoras del VPH	55
7. Afrontamiento al diagnóstico de VPH en mujeres portadoras del VPH	57
8. Autoeficacia para el uso del condón en mujeres portadoras del VPH	59
9. Autoeficacia en mujeres portadoras del VPH para la toma de citología cervical	60
10. Tipo de relación sexual en la mujer portadora del VPH	61
11. Uso del condón en mujeres portadoras del VPH	61
12. Control de la citología cervical en las mujeres portadoras del VPH	62
13. Intención para llevar un control de la citología cervical en las mujeres portadoras del VPH	62
14. Percepción de la mujer portadora de VPH de comunicación protectora en salud sexual	63
15. Índices de variables de estudio	64
16. Consistencia interna de las variables de estudio	65
17. Correlaciones entre conciencia acerca del VPH y CaCU con el conocimiento del VPH, la actitud hacia el diagnóstico y control VPH, machismo y estigma	66
18. Modelo multivariado de conciencia acerca del VPH y CaCU con el conocimiento del VPH, actitud acerca del diagnóstico y control, machismo y estigma	67
19. Correlaciones entre las variables de conocimiento del VPH y actitud hacia diagnóstico y control del VPH con el estigma y machismo	67
20. Correlaciones entre las variables de conocimiento del VPH y actitud hacia el diagnóstico y control del VPH con el afrontamiento del VPH y autoeficacia para una CPCaCU	68
21. Correlación de variables machismo y estigma con el afrontamiento del VPH y Autoeficacia para una CPCaCU	69
22. Modelo de regresión lineal de afrontamiento al diagnóstico de VPH con el conocimiento del VPH, la actitud hacia el VPH, machismo, estigma, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico	70
23. Modelo de regresión lineal de afrontamiento al diagnóstico de VPH con la actitud hacia el VPH, estigma, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico	70
24. Modelo de regresión lineal de Autoeficacia para una CPCaCU con el conocimiento del VPH, actitud hacia el VPH, estigma, machismo, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico	71
25. Correlación de las variables afrontamiento del VPH y autoeficacia para una CPCaCU con la CPCaCU	72
26. Modelo de regresión lineal de Conducta protectora para CaCU con Afrontamiento al diagnóstico de VPH, Autoeficacia para una CPCaCU, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico	72
27. Modelo de regresión lineal de Conducta protectora para CaCU con Afrontamiento del diagnóstico de VPH, Autoeficacia para una CPCaCU y edad	73

Tabla	Página
28. Modelo de regresión lineal múltiple de Conducta protectora para CaCU con las propiedades, factores facilitadores/inhibidores e indicadores de proceso, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico	74
29. Modelo de regresión lineal múltiple de Conducta protectora para CaCU con la conciencia acerca del VPH y CaCU, conocimiento del VPH, actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, estigma, autoeficacia para una CPCaCU y edad	75

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Transiciones: Teoría de rango medio (Meleis, 2010)	9
2. Modelo de conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras de VPH.	19
3. Representación gráfica de asociación cuantitativa entre la conciencia acerca del VPH y los factores facilitadores/inhibidores	77
4. Representación grafica de de asociación cuantitativa entre los factores facilitadores/inhibidores con el afrontamiento al diagnóstico y control del VPH	78
5. Representación grafica de de asociación cuantitativa entre los factores facilitadores/inhibidores con la autoeficacia para una CPCaCU	79
6. Representación gráfica de de asociación cuantitativa entre el afrontamiento al diagnóstico y control de VPH, autoeficacia para una CPCaCU, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico con la conducta protectora para CaCU	80
7. Representación grafica Modelo de Conducta protectora en mujeres portadoras de VPH	81
8. Efecto de las variables del estudio sobre la conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras de VPH	82

Resumen

Gloria Maricela Guerra Rodríguez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de enfermería

Fecha de Graduación: Julio, 2017

Título del estudio: MODELO DE CONDUCTA PROTECTORA PARA CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Número de páginas: 140

Candidato para obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/Sida

Propósito y Método de Estudio: el propósito del estudio fue determinar las propiedades, los factores facilitadores e inhibidores así como los indicadores de proceso que influyen en la conducta protectora para cáncer cervicouterino (CaCU) en mujeres portadoras de VPH, sustentado en la teoría de las transiciones descrita por Meleis. El diseño de estudio fue descriptivo, transversal, correlacional con comprobación de modelo, con una muestra conformada por 201 mujeres portadoras del VPH, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia, para el análisis estadístico se utilizó el análisis de regresión lineal múltiple. **Contribución y Conclusiones:** el perfil de las mujeres participantes correspondió a una edad promedio de 30 años, solteras, con pareja sexual estable, un nivel académico de profesional en formación y se reportó como tiempo promedio de conocer el diagnóstico 1.85 años. En relación a las variables del estudio que reportan índices más altos son la conciencia y la autoeficacia para una conducta protectora para CaCU (CPCaCU), y por el contrario se reportan índices bajos en relación a la percepción de machismo que tiene la mujer de su pareja. Durante el proceso de transición, las variables que se vinculan para llevar una conducta protectora para cáncer cervicouterino (CPCaCU) analizados mediante modelos de regresión lineal, fueron la conciencia acerca del VPH y el CaCU con la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH ($A = 890$, $F_{[4,196]} = 6.05$, $p = .001$); el afrontamiento al diagnóstico de VPH está dado

por la actitud, el estigma, la edad, la escolaridad y el tiempo con el diagnóstico ($R^2 = .155$, $F_{[5,195]} = 8.34$, $p < .05$); por otro lado, el conocimiento del VPH, la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH y la edad tienen un efecto directo sobre la autoeficacia para una CPCaCU ($R^2 = .239$, $F_{[7,193]} = 9.95$, $p < .05$) y finalmente, las variables de afrontamiento al diagnóstico de VPH, la autoeficacia para una CPCaCU y la edad reportan una relación significativa para transitar a una CPCaCU ($R^2 = .146$, $F_{[3,197]} = 12.39$, $p = .001$). Se concluye que de acuerdo a Meleis (2010), la conducta de una mujer portadora de VPH está vinculada con el proceso de transición, el cual determina que el resultado sea favorable o desfavorable para el cuidado de la salud. En el presente estudio se identificó que las mujeres que llevan a cabo una CPCaCU son las que presentan un mayor afrontamiento al diagnóstico de VPH, una mayor autoeficacia para una CPCaCU, así como las de mayor edad. El desarrollo del presente trabajo de investigación facilitó la identificación de los factores que influyen para inhibir o facilitar la transición hacia el cuidado a la salud en mujeres que son diagnosticadas con VPH. Enfermería juega un rol muy importante en este proceso, las mujeres necesitan recibir orientación y consejería apropiada y oportuna para empoderarse y cumplir con los indicadores que marcan una conducta saludable y evitar desarrollar el CaCU.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

Cada día, más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (ITS). Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe, se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y Virus del Papiloma Humano (VPH), son infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

En las mujeres, el problema de las ITS va en aumento debido a la vulnerabilidad de sus características biológicas y sociales. Por lo tanto, el control de tales patologías en esta población requiere el desarrollo de estrategias para la prevención primaria (uso del condón) y secundaria (diagnóstico y tratamiento), la valoración de la auto-evaluación, la identificación de situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad, el estímulo a la promoción de la salud y la adopción de las medidas preventivas (Machado, Araujo & Silva, 2010).

El VPH es el causante de diversos cánceres del sistema genitourinario y se han convertido en una fuente significativa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo (Cardona, Puerta & Flórez, 2011). Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el VPH, una de las ITS más comunes. Anualmente, la infección del VPH provoca 530,000 casos de cáncer cervicouterino (CaCU) y 275,000 defunciones, esto, según las cifras estadísticas publicadas por la OMS (2016). El Instituto Nacional de Cáncer (INC, 2014) reporta aproximadamente 291 millones de mujeres portadoras de VPH en todo el mundo, de las cuales 32% están infectadas por los tipos 16, 18, o ambos. La alta incidencia de infección por VPH está asociada al inicio precoz de la actividad sexual, mayor frecuencia de actividad sexual en la etapa de adolescentes y adultos jóvenes, y mayor número de parejas sexuales (Concha, Urritia & Riquelme, 2012).

Según lo reportado por Menéndez, Rodríguez, Salabarría e Izquierdo (2008) las tasas más elevadas de ITS incluida la infección por el VIH se hallan en los jóvenes entre 20 y 24 años de edad, seguidos por los adolescentes entre 15 y 19 años. El 28% de las adolescentes son positivas a una ITS y se estima que un tercio de todas las mujeres sexualmente activas menores de 20 años tiene una infección genital por VPH. El inicio de la actividad sexual a edad temprana puede favorecer una mayor inestabilidad en las relaciones, el intercambio más frecuente de parejas sexuales y la posibilidad de que durante la actividad sexual no se utilice el condón, situación que puede favorecer a aumentar el riesgo de contraer una ITS (Machado et al., 2010; Wigfall et al., 2012).

A pesar de que el sector salud se ha encargado de difundir gran parte de la información relacionada con las ITS y el VPH por todo el mundo; desde su etiología, prevención y sus mecanismos de transmisión; las incidencias de morbilidad y mortalidad a causa de estas infecciones siguen siendo alarmantes; lo que supone que aún existe desconocimiento en la población afectada. Tanto los hombres como las mujeres con VPH positivo deben considerarse sujetos de riesgo a transmitir este virus; la ausencia de protección durante la práctica de diversas actividades sexuales como el coito vaginal, coito rectal y sexo oral, dichas prácticas se han descrito como factores de riesgo potenciales del VPH y el cáncer de cérvix. El VPH es tan común en la sociedad actual que más del 50% de mujeres y hombres sexualmente activos lo contraen en algún momento de su vida (Castanedo, Escaño & Rebola, 2013).

Para romper la cadena de transmisión de las ITS, es necesario el tratamiento de las parejas sexuales; sin embargo, se presenta cierta dificultad para operacionalizar esta acción en los servicios de salud, ya que deben lograrse a través de la paciente identificada como portadora y, a menudo, las cuestiones de género, se presentan como barrera para lograr la eficacia en el tratamiento, especialmente para las mujeres en esta necesidad de convocar a sus parejas para recibir tratamiento conjunto (Machado et al., 2010); desafortunadamente el saber si un hombre tiene o ha tenido el VPH en algún

momento de la vida, no es muy importante para la salud de un hombre, a diferencia del caso de una mujer, ya que las posibilidades de desarrollar cáncer son más altas (Rocha, Bologna & Rocha, 2012).

La presente temática ha sido abordada principalmente con modelos de enfoque preventivo y en relación con el VPH, este enfoque preventivo es relevante; sin embargo, existe la necesidad de un abordaje en la población ya afectada por el VPH, donde para el profesional de enfermería es de gran importancia lograr identificar los factores que influyen en la conducta protectora o de riesgo para enfocar los esfuerzos al desarrollo de intervenciones efectivas que contribuyan a disminuir el riesgo en las mujeres de desarrollar CaCU. Sin duda alguna, la consejería por parte de enfermería juega un papel importante en el cuidado de la salud de la mujer y un esfuerzo multidisciplinar con profesionales en el área de la medicina y psicología fortalecerían el cuidado biopsicosocial de la población afectada.

De acuerdo a Meleis (2010), se han identificado varias propiedades esenciales en las experiencias de una transición, entre ellas la conciencia; existen también los factores personales como el significado, las actitudes y las creencias culturales, el estatus socioeconómico, la preparación y el conocimiento, así como factores de tipo social y comunitario que pueden presentarse como inhibidores o facilitadores para el cambio o adaptación de rol a una nueva conducta o comportamiento del ser humano. Estos aspectos pueden favorecer o inhibir una respuesta favorable o adecuada ante una situación de enfermedad, alterando los patrones de respuesta caracterizados por indicadores de proceso e indicadores de resultado.

En una mujer portadora de VPH la conciencia de la amenaza percibida para desarrollar CaCU juega un papel importante para una transición saludable debido a que la percepción de la severidad de la enfermedad e incluso la muerte como consecuencia puede por una lado favorecer a que la mujer se adhiera a una conducta protectora como lo es el control de la citología cervical, pero por otro lado también puede alejarla de la

práctica preventiva ya que podría ser tomada como una sentencia y por lo tanto considerarlo fatal sin posibilidad de hacer algo (Bingham et al., 2003; Fernández, Tortolero & Gold, 1998).

La importancia y significado que el portador de VPH dé a su estado actual está ampliamente relacionado con el grado de conocimiento que poseé acerca del VPH, la literatura revela que tanto hombres como mujeres tienden a comparar el VPH y su transmisión con el Sida u otras ITS; lo que demuestra una información insuficiente o errónea. En relación específica a la transmisión, los hombres no saben que ellos pueden transmitir el virus, y que podría dar lugar a cáncer de cuello uterino en las mujeres, y poco saben sobre las posibles consecuencias de la infección por VPH, tanto para las mujeres como para los hombres; este escaso conocimiento se presenta como una condición desfavorable para poder llevar una conducta protectora, impactando fuertemente en las prácticas del Papanicolaou (Bebis, Güleşen & Ortabağ, 2013; Böldt, Holmberg, Müller & Rieckmann, 2011; Fernández et al., 2009).

El ser diagnosticada como portadora de VPH genera cambios en los aspectos físicos, emocionales y aquellos relacionados con la actitud donde se ve afectado no solo el sujeto portador, sino también su pareja y entorno, llegando a ser un acontecimiento trascendental que se vive a partir de su diagnóstico y se puede definir como una transición donde el sujeto se mueve de una fase, situación o estado de vida a otra. Durante esta transición la persona experimenta diferentes cambios en su mundo externo y en la manera en como los percibe; estos cambios tienen repercusiones importantes en la vida y salud de los portadores, sus parejas y familias (Canaval, Jaramillo, Rosero & Valencia, 2007).

El diagnóstico de VPH genera una amplia gama de fuertes respuestas emocionales como la negación, estoicismo, repugnancia, la vergüenza, la ira, la auto-culpa, el miedo, la traición, depresión, baja autoestima, y la disminución del deseo sexual. Estos sentimientos se han asociado con una escasa educación para la salud de la

población y en ocasiones, con el tipo de acceso a servicios de atención médica o deficiente acceso (Concha et al., 2012).

Hernández, Aguilar, Toraño, Sandoval y Ceballos (2006) señalan que es evidente la necesidad de implementar nuevas y diversas estrategias dirigidas a la población afectada encaminadas al aprendizaje de los mecanismos de transmisión, para incrementar su nivel de conocimiento y coadyuvar en el control de la propagación del virus. A pesar de que se ha difundido información entre la población en riesgo; la cifras estadísticas de personas infectadas van a la alza, lo que demuestra que la información proporcionada no ha sido suficiente o no se ha transmitido de una forma efectiva que contribuya a una conducta protectora. Al respecto, Fernández et al. (2009) mencionan que proporcionar sólo información breve sobre el VPH, la transmisión y la relación entre el VPH y el cáncer cervical puede conducir a más confusión y conceptos erróneos.

Por otro lado, dentro de los condicionantes sociales y de la comunidad, estudios previos, han reportado que la cultura de una sociedad influye sobre el comportamiento sexual y los roles de género, logrando afectar las prácticas sexuales (Fernández et al., 2009; Hirsch, Higgins, Bentley & Nathanson, 2002), siendo más fuerte el peso de la cultura en la población hispana (Hirsch et al., 2002) donde las ideas de los mexicanos acerca del matrimonio ideal y las relaciones maritales entre hombres y mujeres impiden las prácticas de sexo seguro. En el presente estudio los aspectos sociales y propiamente de cultura social se pueden presentar condicionados por la pareja sexual de la mujer portadora de VPH, debido a que indiscutiblemente forma parte de su entorno social.

Se cree que los hombres asumen que el diagnóstico de VPH positivo de su pareja es una prueba de que han sido "engañados" y que han tenido relaciones sexuales con alguien más. Tanto las mujeres como los hombres atribuyen esta reacción al machismo. Estos aspectos del machismo, están vinculados a las ideas sobre la enfermedad y la infidelidad y podrían aumentar la posibilidad de infección y ser un obstáculo para que las mujeres revelen su estado de salud a sus parejas, busquen tratamiento y lleven una

conducta protectora (Arellano, 2013; Concha, 2012; Fernández et al., 2009; Hirsch, 2002). El machismo se presenta como un factor que inhibe la revelación de un diagnóstico positivo de VPH al manifestar miedo de ser etiquetada como promiscua o prueba de infidelidad (Arellano, 2013; Fernández et al., 2009).

La falta de información sobre el VPH y el estigma sobre el manejo de la vida sexual son factores que potencian otros problemas de pareja, al combinarse con otras creencias alrededor del problema (Castro & Arellano, 2010). El estigma, es un factor que limita buscar ayuda en sus redes o solicitar información, por el temor de sentirse señaladas, lo que demuestra que el ejercicio de la sexualidad femenina se relaciona con mitos y es sometido al juicio social, percepción que se refuerza al ser un asunto poco tratado por los médicos (Arellano & Castro, 2013; Castro & Arellano, 2010; Godoy, 2011).

El proceso que vive una mujer portadora de VPH está determinado por una serie de factores personales y sociales que repercuten en el manejo de la transición, estos cambios y manera de asumirlos están relacionados directamente con el afrontamiento de la enfermedad y auto eficacia ante la situación crítica y se verá reflejado en la conducta de la mujer; determinando si existe una transición saludable o no.

La literatura revela que la autoeficacia influye en los sentimientos, pensamientos y conductas de los individuos. En cuanto a los sentimientos, una alta autoeficacia es indicador de la seguridad que una persona puede tener respecto a sí misma y a su rendimiento. A la hora de actuar las personas con alto nivel de auto eficacia, elegirán tareas desafiantes, a diferencia de las personas que tiene una baja auto eficacia (Grimaldo, 2005). Por lo tanto, se considera algo significativo en la mujer portadora de VPH conocer la habilidad y capacidad para adaptarse y superar los retos y problemas que se le presenten en relación con su estado de salud y de esta forma demostrar la capacidad de ejecutar las acciones necesarias para manejar la situación, lo que reflejaría su autoeficacia para una conducta protectora. Dentro de las acciones para desarrollar una

conducta protectora para CaCU se presentan la autoeficacia para el uso del condón y la autoeficacia para la toma de la citología cervical; la autoeficacia ha sido identificada como uno de los factores principales que influye en la capacidad que tienen las personas de protegerse ante el contagio de las ITS y para negociar sexo más seguro (O’Leary, Jemmott & Jemmott, 2008) a lo que refiere tener la capacidad y seguridad de poder hacerlo siendo esto para una mujer que implica tener la destreza de asertividad y comunicación sexual con su pareja para pedir el uso del condón y sentirse segura para rechazar conductas sexuales no seguras. Actualmente se ha observado como una tendencia que las conductas de riesgo consideradas más peligrosas por las personas autoeficaces son las relaciones sin preservativo (López & Moral, 2001).

Por otro lado, en el marco de la autoeficacia para el control de la citología cervical, se entiende la capacidad de la mujer portadora del VPH para el mantenimiento de la acción y control de su enfermedad mediante la citología cervical. La citología cervical es un método de detección temprana para CaCU, la OMS (2016) recomienda que la citología se realice una vez al año a partir del inicio de las relaciones sexuales o después de haber cumplido los 18 años; sin embargo se presentan ciertas barreras en las mujeres para adoptar esta conducta, entre ellas aspectos psicológicos o conceptos erróneos que tengan del procedimiento, lo que puede ocasionar falta de seguimiento por parte de las mujeres y control de su enfermedad (León, Allen & Lazcano, 2014).

En una mujer portadora del VPH se busca lograr una transición saludable a partir del diagnóstico de la enfermedad, que se verá reflejado en una conducta protectora para CaCU bajo los siguientes indicadores: tener una pareja sexual estable, uso del condón, control de la citología cervical y la comunicación en la relación con su pareja sexual.

De acuerdo a lo anterior la presente investigación tiene como propósito de estudio determinar las propiedades, los factores facilitadores e inhibidores así como los indicadores de proceso que influyen en la conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras de VPH.

Marco Teórico Conceptual

Para el presente estudio el Modelo de la transición, teoría de rango medio, descrita por Meleis (2010), se considera apropiado para identificar aquellos factores que inhiben o facilitan una conducta protectora para CaCU (CPCaCU) en mujeres portadoras de VPH.

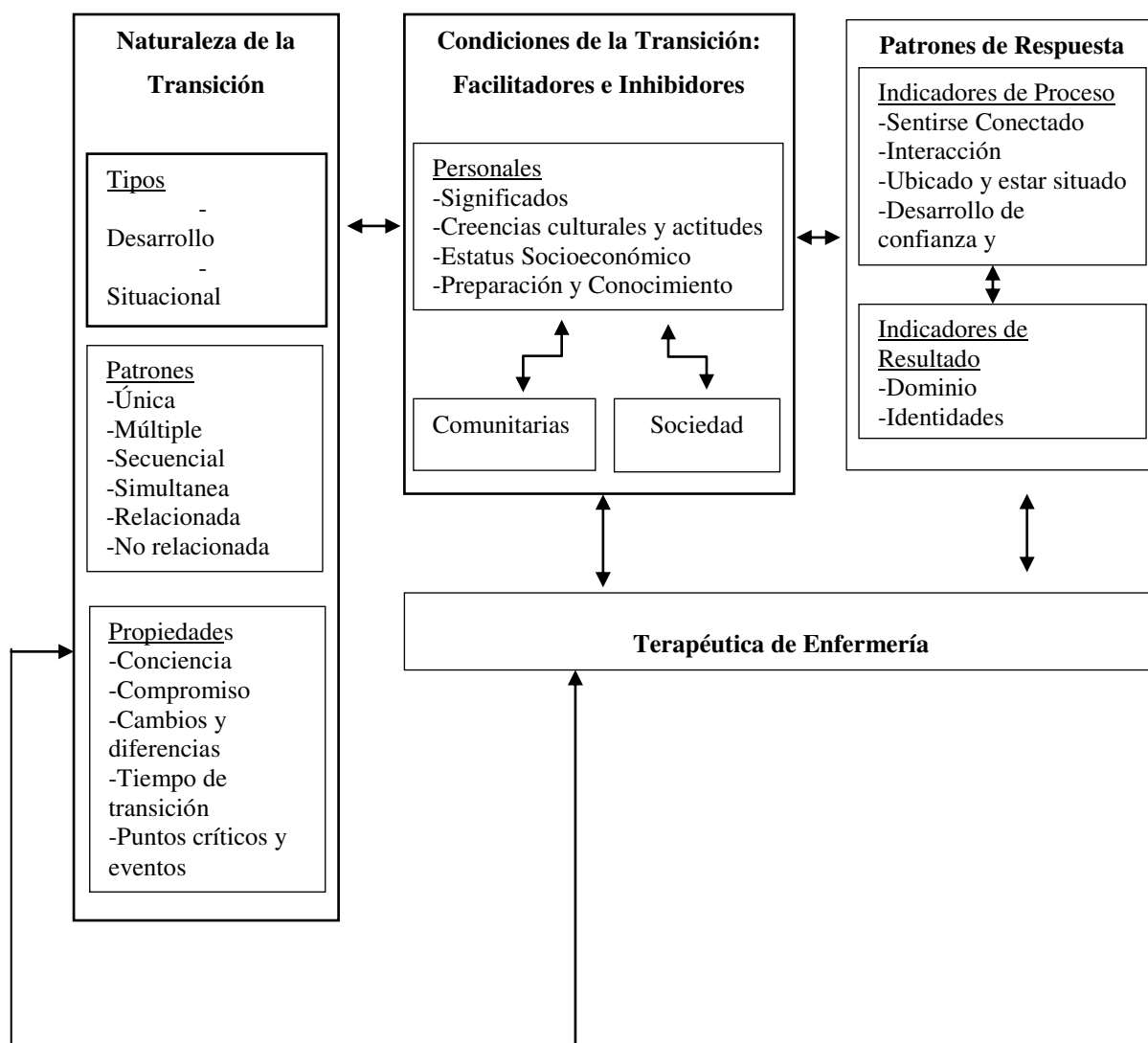
De acuerdo con Meleis una transición es el tránsito entre dos periodos de tiempo estable, en este proceso la persona se mueve de una fase a otra, de una situación o estado de vida a otra; las transiciones ocurren en el tiempo, y tienen un sentido de flujo y movimiento. Durante esta transición la persona puede vivir grandes cambios en su mundo externo y la manera en como lo percibe, cambios que pueden tener repercusiones positivas o negativas en la vida y salud de las personas, sus parejas y familia.

Una transición se adapta tanto a las continuidades y discontinuidades durante el proceso vital de los seres humanos y son invariablemente relacionadas con el cambio y el desarrollo, teniendo como una característica importante que es esencialmente positiva. Cuando se ve reflejada una transición implica que la persona ha alcanzado un período de mayor estabilidad en relación con lo que ha pasado antes; por lo que se puede decir que la adaptación a su nuevo rol ha sido positiva y denota un cambio en el rol de relaciones, expectativas, o habilidades; este nuevo rol requiere que la persona incorpore nuevos conocimientos, modifique su conocimiento, y así se logre cambiar una conducta o comportamiento.

La Teoría de la transición de Meleis, considera los siguientes supuestos: 1) Las transiciones son complejas y multidimensionales. Las transiciones tienen patrones de multiplicidad y complejidad, 2) Todas las transiciones se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo, 3) La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta, 4) La transición incluye un proceso de movimiento y cambios en patrones básicos de vida. Manifestados en todos los individuos (Alligood & Marriner, 2011).

El modelo conceptual de la teoría de las transiciones comprende la naturaleza (tipo, patrones y propiedades), las condiciones inhibidores o facilitadores (personales, comunidad y sociedad) y los patrones de respuesta (indicadores de proceso y de resultado) de la transición, los cuales guían la terapéutica de enfermería (Figura 1).

Figura. 1 Transiciones: Teoría de rango medio (Meleis, 2010)



En el marco de la naturaleza de la transición, existen varios tipos de transiciones tales como la de desarrollo, situacional, salud/enfermedad y organizacional; para fines del presente estudio se considerará la transición en *salud/enfermedad*; este tipo de transición se aplica en relación a los indistintos roles que juega el ser humano en su vida cotidiana, y cuando una situación de enfermedad se presenta de manera inesperada, probablemente existirá la necesidad de cambiar o adaptar roles para poder transitar a un cambio positivo en su estado de salud.

En esta categoría se incluyen las transiciones donde ocurren cambios de rol repentinos o graduales que resultan de pasar de un estado de bienestar a una enfermedad aguda o grave; o de lo contrario de una enfermedad a salud y cambios graduales en el rol de estar bien a mal. Cada uno de estos cambios de rol debe ser considerado en término individual, en pares o en el contexto de un sistema. Para propósitos de salud, por lo tanto, la persona no puede ser considerada como una unidad aislada; los cambios en su condición deben ser explorados y considerados en términos de su relación con una red de personas significativas, entre ellas su familia.

De acuerdo a la naturaleza de la transición, éstas no son mutuamente excluyentes; son procesos complejos y pueden ocurrir múltiples transiciones simultáneamente durante un período de tiempo dado. Una transición cuenta con propiedades universales, entre ellas se incluye que son procesos que ocurren en el tiempo y que implica un desarrollo, flujo o movimiento de un estado a otro; otra propiedad es que éstas pueden presentar cambios en las identidades, los roles, las relaciones, habilidades y patrones de comportamiento.

En la parte central del modelo de la teoría de la transición, se presentan las condiciones que inhiben o facilitan una transición; estas se clasifican en personales y sociales (comunitarias y sociedad). En relación a las condiciones personales se incluyen el significado, las creencias culturales y la actitud, el estatus socioeconómico y la preparación y conocimiento.

Significado. El significado se describe como la apreciación subjetiva de la transición y la evaluación anticipada o basada en la experiencia de su probable efecto en la vida. El significado atribuido a la transición puede ser positivo, neutral o negativo. La transición puede ser deseable o no, y puede o no ser el resultado que se espera. La conciencia del significado de una transición para las personas es esencial para la comprensión de su propia experiencia, así como sus consecuencias para la salud.

Creencias culturales y actitud. Otro aspecto que se puede presentar como inhibidor o facilitador son las creencias culturales y la actitud donde se especifica que cuando el estigma está unido a una experiencia de transición, la expresión de estados emocionales relacionados con la transición puede ser inhibida.

Por lo tanto, la transición requiere que la persona incorpore nuevos conocimientos, para alterar el comportamiento, y para cambiar la definición que tiene de sí mismo en el contexto social al que pertenece, de un yo sano o enfermo, o de las necesidades internas y externas, que afectan el estado de salud.

Estatus socioeconómico. El estatus socioeconómico, puede ser otro factor que inhiba o facilite la transición, algunos estudios han revelado que sujetos con un estatus socioeconómico bajo presenta limitantes para tener acceso a los servicios de salud.

Preparación y conocimiento. La preparación y el conocimiento se presentan como una condición que influye en los resultados de salud y puede ser insuficiente para satisfacer las demandas de la nueva situación. La preparación y conocimiento anticipado facilitará la experiencia de la transición, mientras que la falta de preparación actuará como un inhibidor; en relación con la preparación se presenta el conocimiento, el cual se refiere a la claridad de todo lo que se espera durante una transición y que estrategias pueden ayudar en la gestión del mismo, teniendo presente que en un proceso de transición es necesaria la incorporación de nuevos conocimientos y habilidades.

Comunidad y sociedad. Por otro lado, existen condiciones de tipo social que son dadas por la *comunidad y sociedad* a la que pertenece la persona y podrían ser un

facilitador o inhibidor para las transiciones. La visualización de un evento de transición estigmatizado y con significados estereotipados tiende a interferir en el proceso de una transición saludable. Las mujeres que viven un proceso de transición consideran como elementos importantes en su vida a su pareja, familia y entorno social.

Patrones de respuesta: Indicadores de proceso y de resultado. Las respuestas durante y después del proceso de transición se miden a través de indicadores de proceso y de resultados. Estas respuestas permiten valorar el conocimiento que tiene la persona sobre la transición y los recursos propios, y del medio para manejar los momentos críticos que se presentan a lo largo de la transición. También permiten valorar los cambios en los comportamientos y logra pasar de una identidad a otra.

El resultado de una transición considerada saludable se refleja en los patrones de resultado con un sentido de dominio y capacidad para asumir su nuevo rol o cambio de identidad. La habilidad se desarrolla con el tiempo y con la experiencia; por lo tanto, es poco probable que se vea al principio de la experiencia de transición. Sin embargo, durante el proceso, el individuo estará experimentando un nuevo sentido de la estabilidad cerca de la finalización de la transición y su nivel de dominio indicará el grado en que han logrado un resultado de transición saludable.

Derivación de la Teoría de Rango Medio

Para el siguiente trabajo de investigación se ha realizado la derivación de conceptos de la teoría de la transición, mediante el método de derivación teórica de Fawcett (1999) a través de cinco pasos: 1) identificación de los conceptos de interés de la teoría de rango medio, 2) clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio, 3) identificación y clasificación de las proposiciones de la teoría de rango medio propuesta, 4) ordenamiento jerárquico de las proposiciones y 5) construcción del diagrama. A continuación se presenta la derivación de los conceptos centrales de la teoría de rango medio, teoría de la transición descrita por Meleis; propuesta para el presente estudio (Apéndice A). Se derivan los conceptos dentro de las condiciones de la

transición, inhibidores o facilitadores de una transición; en la categoría relacionada a los aspectos sociales: comunitarios y sociedad se derivaron las condiciones sociales. En el rubro de patrones de respuesta se presenta la derivación de los conceptos clasificados como indicadores de resultado: el dominio. Por otro lado, se realizó la adaptación de los conceptos en el marco de las propiedades de la transición: la conciencia, dentro de las condiciones de la transición, inhibidores o facilitadores de una transición; en la categoría de los personales: actitud y creencias culturales y la preparación y el conocimiento. En el rubro de patrones de respuesta se presenta la adaptación de los conceptos correspondientes a los indicadores de proceso: desarrollo de confianza y afrontamiento (Figura 2).

Conciencia acerca del VPH y CaCU. Este concepto se adaptó de *conciencia*, el cual se refiere a la conciencia de la amenaza percibida para desarrollar CaCU. Si una mujer nunca recibió educación acerca del VPH y el riesgo de desarrollar CaCU, o para qué sirve una citología cervical, es altamente probable que nunca sea capaz de llevar un control de su enfermedad (Picón, 2009). La falta de conciencia en relación al resultado de un diagnóstico de VPH es un sentimiento que puede asignarse a una forma de ignorancia de la enfermedad o la falta de percepción del valor que realmente tiene ser portadora del virus y las consecuencias que podría tener al no llevar una CPCaCU (Queiroz, Pessoa & Sousa, 2005).

Cuando una mujer se encuentra bajo un diagnóstico de VPH, se verá afectada no solo a nivel físico, sino también en el aspecto psicológico, y en su entorno familiar; su percepción de la gravedad de este resultado se verá reflejado en sentimientos tales como el miedo a no ser curada que se evidenciará no sólo en la fase de diagnóstico, sino también durante el tratamiento y sobre todo en los casos en que el progreso sea lento. El miedo se vincula con la comparación errónea del VPH con el Sida, ambas enfermedades de alta morbilidad y mortalidad en relación a las ITS; las mujeres al ser diagnosticadas médicamente como portadoras de VPH se sienten sentenciadas a muerte (Vargas,

Quiroz, Galicia & Villarreal, 2013); esta confusión es causa de la falta de conocimiento o información errónea respecto a las ITS. La adopción de comportamientos protectores para la salud es a menudo una cuestión simplificada en un proceso deliberado en el que la mujer decide abstenerse de realizar las conductas de riesgo como resultado de su percepción de una amenaza; sin embargo, dicha percepción, por sí sola, no predice el cambio (Florez & Rubio, 2013), por lo que en una mujer portadora de VPH, la conciencia de la amenaza percibida considera las consecuencias negativas de la enfermedad y su vulnerabilidad ante ella, y facilita la adopción de una conducta protectora en salud.

Actitud de la mujer hacia el diagnóstico y control del VPH. Este concepto fue adaptado de creencias culturales y actitud, el cual se refiere al aspecto que puede ser inhibidor o facilitador de una conducta protectora.

Los factores actitudinales y culturales relativos al VPH, el cáncer de cuello de útero, y las ITS en general, pueden influir en las tasas más altas de infección de VPH, menores tasas de vacunación contra el VPH, y retrasos en la detección, diagnóstico y tratamiento de cáncer cervical (Fernández et al., 2009).

Estudios recientes han demostrado que las creencias se interpretan como falta de conocimiento que interfiere en las conductas preventivas y por lo tanto, en la toma informada de decisiones en salud (Concha et al., 2012). Las creencias de las mujeres sobre el VPH, incluyendo el miedo, pesimismo acerca de la supervivencia, la negación, y el estigma, podría influir en la manera de comprender y controlar el VPH, lo cual los llevará a buscar servicios alternativos dificultando su detección y control (Fernández et al., 2009; Godoy, 2011).

La actitud de la mujer ante un diagnóstico de VPH positivo genera diversas alteraciones en su estado de ánimo, entre ellas nerviosismo, irritabilidad, angustia, depresión, excesiva preocupación por los síntomas, consecuencias y pronóstico, la mujer se va a encontrar a nivel general confundida, abatida, temerosa al dolor que pueda causar

el tratamiento y sus posibles consecuencias oncogénicas. Sin duda alguna, las actitudes son determinantes sobre la conducta, ya que están ligadas a la percepción, la personalidad y la motivación (Araujo, Delgado & López, 2007).

La actitud de la mujer ante una enfermedad de transmisión sexual incluye tanto la manera en que se percibe, difieren y evalúa su conducta como la respuesta ante los síntomas y conducta. Estos aspectos dificultan establecer un patrón único de comportamiento en cuanto a las reacciones, por lo que se considera importante ubicarlas en un contexto para poder dar respuestas orientadas a colaborar con el proceso de asimilación de la situación y facilitar la transición a una conducta protectora.

Conocimiento de la mujer acerca del VPH. Este concepto fue adaptado de preparación y conocimiento. Actualmente, a pesar de que las estadísticas recientes muestran que un tercio de la población femenina sexualmente activa porta el virus del papiloma humano, la enfermedad sigue siendo desconocida para la mayoría de las mujeres y la sociedad en su conjunto; este desconocimiento hace que la mujer psicológicamente sea más vulnerable (Queiroz et al., 2005). Los estudios sobre el conocimiento del VPH en los hombres también muestran un bajo nivel de conciencia de la existencia de VPH incluyendo el escaso conocimiento sobre la infección y el modo de transmisión (Bebis et al., 2013).

Fernández et al. (2009) reafirman que el conocimiento limitado de las mujeres en relación al VPH y cáncer de cuello uterino, impacta negativamente en su prácticas de cribado y tiende a generar frustración y sentimientos de impotencia; tanto hombres como mujeres demuestran escasos conocimientos acerca del VPH y que éste puede causar CaCU y cáncer de próstata y las posibles consecuencias de la infección.

Machismo y Estigma. Estos conceptos se derivaron de los conceptos comunidad y sociedad considerados como condiciones sociales. El VPH afecta no sólo la esfera biológica de quien la padece sino también las esferas psicológica y social, condición que repercute en la vida cotidiana de las mujeres infectadas, provocando sentimientos de

decepción, preocupación por su salud, miedo a tener relaciones sexuales por el temor a ser infectadas nuevamente, percepción de que la infección sea el punto de inicio de una alteración más severa como el cáncer, siendo esta idea una fuente generadora de ansiedad (Meza et al., 2011).

Dentro de las condiciones sociales se ve reflejado el machismo, donde las ideas de los mexicanos acerca de los matrimonios ideales y las relaciones maritales entre hombres y mujeres impiden las prácticas de sexo seguro; las mujeres mexicanas creen que un matrimonio ideal se basaba en la confianza, la fidelidad, y la intimidad, por lo tanto, el uso del condón como una medida de prevención de las ITS es una estrategia contraria a sus ideales maritales, y su actitud es negativa a utilizarlo, lo que genera un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (Fernández et al., 2009; Hirsch et al., 2002).

El miedo al prejuicio de los individuos y el descubrimiento de la familia, genera dificultades en el vehículo para compartir el sufrimiento con familiares y amigos (Queiroz et al., 2005; Vargas et al., 2014); el estigma, se presenta como un factor que limita buscar ayuda en sus redes o solicitar información, por el temor de sentirse señaladas, (Arellano & Castro, 2013; Castro & Arellano, 2010; Godoy, 2011); esto podría inhibir la búsqueda de información y asesoramiento para adoptar una conducta protectora y evitar la propagación del virus o el desarrollo de un cáncer.

Afrontamiento al diagnóstico de VPH y Autoeficacia para una CPCaCU.

Estos conceptos fueron adaptados del concepto de desarrollo de confianza y afrontamiento. En relación al afrontamiento del VPH se refiere a la aceptación y adaptación de la mujer portadora del VPH para enfrentar una nueva situación. Meza et al. (2011) refiere que la infección por VPH induce un estado de alteración emocional en las mujeres portadoras de VPH; ante esta crisis, deben realizar una evaluación respecto de su salud y el grado de funcionamiento para realizar sus actividades cotidianas, lo que incluye la percepción general de la salud propia y el bienestar emocional. Esta

valoración que cada persona realiza acerca de su vida y su entorno puede diferir entre individuos, aún cuando se encuentren en las mismas circunstancias, lo que constituye el afrontamiento.

En relación a la autoeficacia para una conducta protectora, se refiere a la habilidad y seguridad de la mujer portadora de VPH para realizar las acciones preventivas en relación al CaCU. Dentro de las acciones para la conducta protectora se incluye la autoeficacia para el uso de condón, y no obstante, en una relación estable, la pareja tienen la responsabilidad de tomar la decisión de usar o no el condón, sin embargo, quien tiene mayor implicación en la decisión de esto es el hombre, ya que pocas son las mujeres con la autoeficacia suficiente para decidir en relación al uso del condón (López & Moral, 2001). Aunado a esto, los hombres refieren que el uso del condón disminuye el placer sexual, lo que repercute en la utilización del mismo y contribuye a la alta posibilidad del contagio de las ITS.

Otra de las acciones para una conducta protectora está dada por la autoeficacia para la realización de la citología cervical, la cual se refiere a la creencia positiva de realizarse periódicamente la citología cervical con la intención de prevenir el desarrollo del CaCU afrontando las barreras que podrían presentarse durante la fase de la acción.

Conducta protectora para CaCU. Este concepto se derivó del concepto dominio, el cual se refiere las acciones que realiza la mujer portadora de VPH orientadas a la prevención de CaCU que bajo los indicadores de la adopción de medidas de prevención tales como uso del condón, el tener una pareja sexual estable, llevar un control de citología cervical y la comunicación en la relación con su pareja sexual dará como resultado una transición saludable que contribuya a disminuir el riesgo del CaCU.

La conducta protectora, debe reforzarse cuando una mujer se entera que es portadora del VPH, la respuesta ante el diagnóstico debería dirigir a la búsqueda de información sobre esta enfermedad, dar seguimiento a su tratamiento y difundir las formas de prevención con su pareja sexual y su familia.

Queiroz et al. (2005) reportan que el comportamiento sexual de las mujeres portadoras de VPH se ve altamente influenciado por el grado de conocimiento que tengan acerca del virus y sus mecanismos de contagio; las portadoras perciben la práctica de “sexo seguro” como una condición que tienen que aceptar, aunque la consideran un elemento de molestia y que impide la vivencia de la sexualidad con su pareja, esto es debido a la falta de información, la baja autoestima, falta de autonomía o incluso por vergüenza y miedo de ocasionar un problema marital al querer implementar el uso del condón. Escobar (2007) señala que la falta de protección es una conducta de alto riesgo y permite la infección por VPH y otras ITS.

Por otro lado, Machado et al. (2010) indican la importancia de implementar estrategias para prevención primaria (uso del condón, pareja sexual estable) y secundaria (diagnóstico y tratamiento) para hacer conciencia y fortalecer los conocimientos acerca del VPH. Así mismo, para llevar una conducta sexual protectora, realizar el tamizaje oportuno para el control y el tratamiento en mujeres portadoras del VPH.

Shepherd, Peersman y Napuli (1999) dicen que la prevención primaria se caracteriza por la promoción de la salud para promover estilos de vida y comportamientos saludables, minimizando el riesgo de cáncer de cuello uterino. Las intervenciones para promover el uso de preservativos en las relaciones sexuales (especialmente el coito vaginal a temprana edad entre las mujeres jóvenes), la reducción del número de parejas, y las estrategias para negociar el sexo seguro han sido recomendadas como un enfoque para limitar la propagación del VPH, uno de los principales factores de riesgo para el CaCU.

Proposiciones Teóricas de la Teoría de Rango Medio para un Modelo de Conducta Protectora para CaCU en Mujeres Portadoras del VPH

La conciencia acerca del VPH y CaCU se relaciona con el conocimiento del VPH y actitud hacia el diagnóstico y control del VPH.

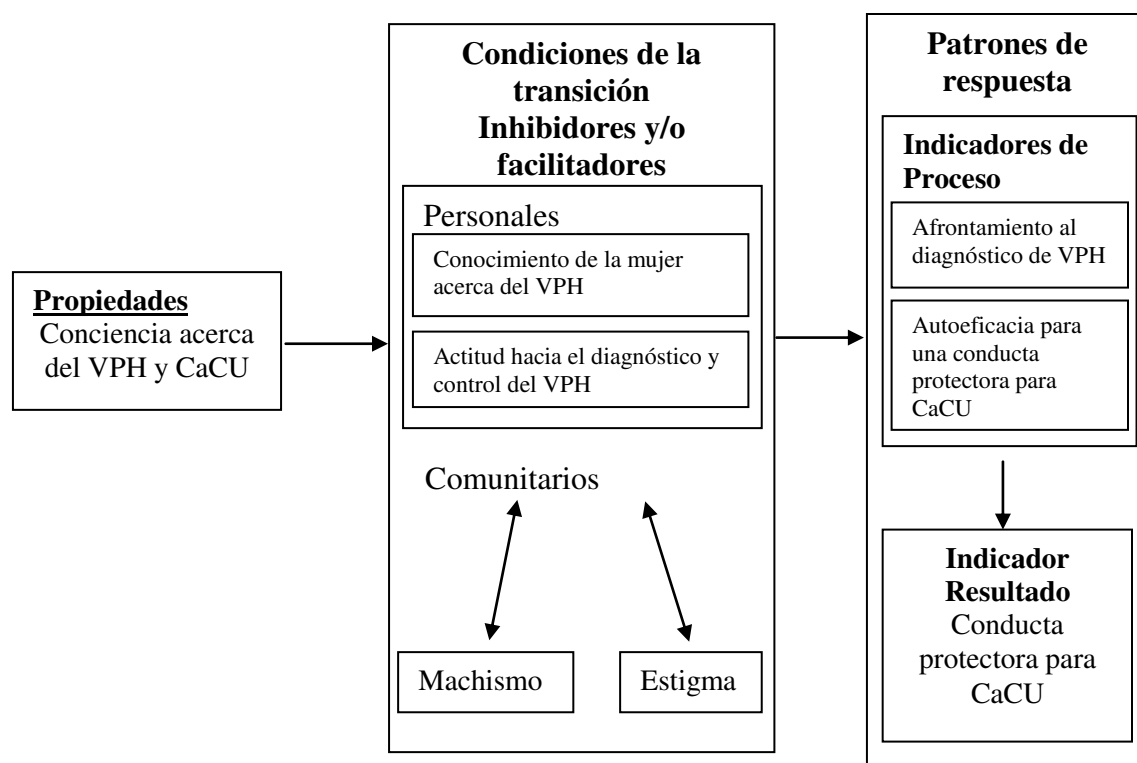
La conciencia acerca del VPH y CaCU se relaciona con el machismo y el estigma.

El conocimiento acerca del VPH y la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH se relacionan con el afrontamiento al diagnóstico y control del VPH y la autoeficacia para una CPCaCU.

El machismo y estigma se relacionan con el afrontamiento al diagnóstico y control del VPH y la autoeficacia para una CPCaCU.

El afrontamiento al diagnóstico y control del VPH y la autoeficacia para una CPCaCU influyen en la conducta protectora para CaCU.

Figura 2. Modelo de conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras del VPH



Estudios Relacionados

Los artículos se revisaron, analizaron y agruparon de acuerdo a las variables de la teoría de rango medio propuesta, en primer lugar se presentan los relacionados con las propiedades de la transición, seguido de las condiciones de la transición que pueden ser facilitadores o inhibidores categorizados en personales y sociales y los patrones de respuesta que entre ellos se incluyen los indicadores de proceso y de resultado.

Conciencia acerca del VPH y CaCU. McCree et al. (2010) a partir de un estudio multiregional con el objetivo de dar a conocer los resultados de la conciencia de las mujeres ante un diagnóstico de VPH y el conocimiento del VPH se realizó un estudio con 736 mujeres con diagnóstico de VPH positivo. En los resultados reportan que hubo un conocimiento bajo sobre los mecanismos de transmisión del VPH, curabilidad y los efectos de un diagnóstico de VPH en todas las regiones, independientemente del origen racial/étnico y/o socio demográfico de una mujer. Además, sólo alrededor del 50% de las mujeres eran conscientes de su diagnóstico de VPH.

Vargenes y Silva (2014) analizaron mediante un método mixto el proceso de interacción de las mujeres con el diagnóstico de la infección por VPH en el contexto de la detección del cáncer de cuello uterino. El estudio se realizó en 20 mujeres con diagnóstico de VPH de alto riesgo oncogénico. En los resultados se reporta que para las mujeres descubrir ser portadora de VPH significaba tener que enfrentar la realidad del diagnóstico y, en consecuencia, tener que adaptarse a esta nueva realidad. Por lo tanto, el significado de ser portadora de VPH constituía dos dimensiones: vivir el impacto del diagnóstico y adaptarse a la realidad del diagnóstico.

En la dimensión de vivir el impacto del diagnóstico, las mujeres manifestaron que durante el proceso de auto percepción a partir del diagnóstico de VPH, ellas se enfrentan a una realidad a la cual se imponen y que, inevitablemente, tienen que tratar. Después del impacto inicial, a la mujer le parece difícil creer que es portadora de este virus; y para definir el significado que tiene para ella la situación de ser portadora de una

ITS, la mujer examina su vida y su comportamiento y niega la posibilidad de ser infectada por el VPH. Esta negación puede ser entendida como un mecanismo de defensa empleado por muchas personas que enfrentan situaciones difíciles.

Por otro lado, en la dimensión de adaptarse a la realidad del diagnóstico, después del impacto inicial, las mujeres manifiestan la necesidad de buscar la manera de estar conscientes de la situación para enfrentarla; en este punto, la mujer define la situación por sí misma y enfatiza la necesidad de la búsqueda de información y estrategias para el manejo de los sentimientos, posibles salidas, y fácil adaptación. En este período de adaptación, las mujeres en este estudio, después de todo, creen que la enfermedad no producirá cambios en su vida. Este sentimiento de indiferencia se puede atribuir a la ignorancia de la enfermedad o la falta de conciencia del valor que tiene ser portadora de este virus.

Arellano y Castro (2013) realizan un estudio cualitativo con el objetivo de indagar sobre las vivencias y percepciones de un grupo de 34 mujeres de una ciudad al norte de México que han sido diagnosticadas con el virus del papiloma humano, displasias y CaCU. Las mujeres recibían atención en dos clínicas de displasias de la Secretaría de Salud Pública (SSA), donde se brinda atención a personas sin seguridad social, es decir, aquellas que no están adscritas a un servicio de salud por no contar con un trabajo que las afilie. En los resultados reportan que las mujeres manifiestan tener el deber de mantener valores como la fidelidad, el recato y un bajo nivel de deseo sexual, lo que propicia en ellas un proceso de auto percepción negativa al ser diagnosticadas con una ITS o CaCU, llevándolas a cuestionarse y auto recriminarse sobre sus prácticas sexuales.

Silva y Gimenez (2005) en un estudio cualitativo, analizaron la percepción de amenaza atribuido por ellas a su situación de ser portadoras del VPH. La población estuvo integrada por 10 mujeres portadoras de VPH con semejanzas respecto al nivel socioeconómico, escolar, tipo de actividad y de ingresos per cápita. Los hallazgos más

significativos fueron: decepción y preocupación por la curación, las participantes informaron que es decepcionante quedar infectadas de una enfermedad incurable por una persona en quien confían; miedo a tener relaciones sexuales y ser infectadas nuevamente; necesidad de cuidarse y ser optimista para enfrentar la enfermedad y la amenaza del cáncer del cuello uterino que origina ansiedad en las mujeres. Algunas mujeres creen que la situación misma de la enfermedad las lleva al sentimiento de traición y desconfianza, pero no pueden perder el optimismo en su rehabilitación por lo que manifiestan: “A pesar de haber sido traicionada tengo que ser optimista, porque así venceré más rápidamente a la enfermedad...”

En síntesis la percepción que tiene la mujer acerca de ser portadora de VPH genera sentimientos tales como angustia, decepción y auto discriminación, lo consideran una situación difícil de enfrentar, sin embargo, son conscientes de la necesidad de aceptar la realidad y buscar estrategias para adaptarse a su nuevo rol. La falta de información acerca del VPH genera en las mujeres indiferencia ante el diagnóstico.

Conocimiento del VPH. Fernández et al. (2009) exploraron a través de un estudio cualitativo el conocimiento, actitudes y creencias culturales en hombres y mujeres hispanos que radican en la frontera entre México y Texas. Se formaron tres grupos focales de 6 a 15 mujeres hispanas ($n= 30$) y dos grupos de 3-8 hombres hispanos ($n= 11$). Se encontró que en relación al conocimiento acerca del VPH tanto los hombres como las mujeres manifestaron poco conocimiento. Debido a que no estaban familiarizados con el VPH y su transmisión, los hombres y las mujeres tienen ideas falsas respecto a la transmisión, síntomas y las consecuencias del VPH, tienden a compararlo con el Sida u otras infecciones de transmisión sexual.

Blödt et al. (2011) evaluaron si los factores sociodemográficos y antecedentes sexuales están asociados con la conciencia de VPH y la vacuna contra el VPH, la captación de la vacuna y los conocimientos relacionados con el VPH entre las mujeres y los hombres jóvenes. Participaron en el estudio una población de 259 mujeres y 245

hombres. Se encontró que el 50% de las mujeres y el 25% de los hombres habían oído hablar del VPH. El conocimiento era pobre (*Media*= 2.8; *DE*= 2.10 para las mujeres y *Media*= 1.5; *DE*= 1.49 para los hombres; en un rango 0-11). El 51% de las mujeres y el 42% de los hombres pensaban que sólo las mujeres pueden ser infectadas con el VPH y la mayoría no sabía que el VPH se transmite sexualmente. Las mujeres tenían significativamente mayores tasas de respuestas correctas para todas las preguntas a diferencia de los hombres ($p<0.05$), con excepción de dos preguntas: "¿podría el VPH causar cáncer en los hombres?" y "¿la prueba de citología cervical anual puede detectar el VPH?".

Hernández et al. (2006) evaluaron el nivel de conocimiento de las pacientes con VPH sobre los mecanismos de transmisión. La población de estudio estuvo constituida por 109 mujeres, con un promedio de 30 años de edad. Como resultados al evaluar el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VPH, encontraron que 42% de las mujeres tuvo un nivel regular. Con relación a la escolaridad observaron que para los tres indicadores (bueno, regular y malo) las frecuencias totales más altas se presentaron en las que contaban con primaria y las menores en quienes tenían preparatoria. En cuanto al estado civil y el nivel de conocimiento, el mayor porcentaje (30.3%) se ubicó en las casadas con un conocimiento regular y el menor porcentaje (0.9%) en las divorciadas y viudas con un conocimiento regular. Al estratificar el nivel socioeconómico utilizando la escala de Graffar y el nivel de conocimiento, se observó que los valores más altos correspondieron al estrato medio bajo, a excepción del estrato obrero en donde el porcentaje para el nivel de conocimiento malo, fue similar al del estrato medio alto.

En síntesis, existe desconocimiento del VPH y sus mecanismos de transmisión, tanto hombre como mujeres tienen ideas falsas acerca del VPH y tienden a compararlo con el VIH. Las mujeres casadas y con un estrato medio bajo comparado con el estrato obrero y muy similar al medio alto tienen mayor conocimiento acerca del VPH.

Conocimiento del VPH y conducta protectora para CaCU. Castro y Arellano (2010) realizaron un estudio cualitativo con el propósito de conocer cómo las mujeres diagnosticadas con VPH, displasia del cuello del útero o neoplasias del cuello uterino, reciben y/o acceden a la información y cómo viven en sus relaciones cercanas. Se analizaron 34 entrevistas cualitativas de mujeres en dos clínicas de colposcopia de la Secretaría de Salud. Como resultados, la mayoría de las mujeres declararon tener una práctica regular de la citología cervical, que va de los 6 meses a los 3 años, por lo que concluyeron que las entrevistadas tienen cierta información de las implicaciones y resultados de la prueba. Los pacientes que tienen información sobre su estado de salud muestran menores niveles de ansiedad, así como una mejor adherencia al tratamiento (Wright, Holcombe & Salmon, 2004)

Hernández et al. (2006) evaluaron el nivel de conocimiento de las pacientes con VPH sobre los mecanismos de transmisión. La población de estudio estuvo constituida por 109 mujeres, con un promedio de 30 años de edad. Como resultados el 58.6% de las mujeres que acuden al servicio de colposcopia por primera ocasión tienen nivel malo de conocimientos sobre mecanismos de transmisión del VPH y 69.6% de las mujeres que acuden de manera subsecuente a sus citologías de rutina y control tienen conocimiento regular.

Waller et al. (2007) analizaron la asociación entre el conocimiento de VPH y los sentimientos de estigma, la vergüenza y la ansiedad. El estudio se aplicó en una población de 811 mujeres que respondieron un cuestionario electrónico suponiendo que se enfrentaban a un diagnóstico positivo de VPH. Se formaron cuatro grupos categorizados según el conocimiento que tenían acerca del VPH: grupo 1 ($n= 138$) “no tenía conocimiento acerca la prevalencia y de los mecanismos de transmisión sexual (inconscientes de la prevalencia y que el VPH se transmite por contacto sexual), grupo 2 ($n= 245$) “tenía conocimiento solo de las ITS” (consciente de que el VPH se transmite sexualmente, pero desconocen de su alta prevalencia), grupo 3 ($n= 121$) “conocía solo la

prevalencia del VPH” (conscientes de la alta prevalencia de VPH, pero inconscientes de que es sexualmente transmitida) y grupo 4 ($n= 307$) “tenía conocimiento acerca de las ITS y su prevalencia” (conscientes tanto de la alta prevalencia y el modo de transmisión). Como resultados se obtuvo un análisis de varianza el cual confirmó que el estigma ($F_{[3,807]}= 5.31, p= 0.001$), la vergüenza ($F_{[3,807]}= 17.60, p= 0.001$) y ansiedad ($F_{[3,807]}= 10.33, p= 0.001$) era diferente entre los cuatro grupos de conocimiento.

Mediante análisis retrospectivos (pruebas Scheffe') se examinaron las diferencias de medias entre los cuatro grupos presentando que el estigma era significativamente mayor en el grupo 2 que en el grupo 3 ($t= 2.31, p= .004$). La vergüenza fue mayor en el grupo 2 que en el grupo 1 ($t= 3.97, p= .001$), mayor que en el grupo 3 ($t= 5.52, p= .001$), y mayor que en el grupo 4 ($t= 1.89, p= 0.036$). La vergüenza también fue significativamente mayor en el grupo 4 que en el grupo 3 ($t= 3.64, p= .001$). La ansiedad fue significativamente mayor en el grupo 1 que en el grupo 2 ($t= 2.77, p= .001$), y mayor que en el grupo 3 ($t= 2.38, p= .001$).

Luna y Sánchez (2014) es un estudio cualitativo con población mixta de 68 participantes, indagaron el conocimiento reportado por los sujetos de estudio para evitar que una infección por VPH avance a cáncer cervical. Los discursos de la población giraron en dos sentidos; uno ligado al enfoque biomédico, esto es, realizarse el Papanicolaou frecuentemente, asistir al doctor “para que nos chequen y nos detecten a tiempo”, hacerse estudios y asistir a pláticas informativas. El otro sentido gira en torno a la pareja, en específico “tener o mejorar la comunicación con la pareja” y hacer uso del preservativo masculino.

En síntesis, los estudios relacionados con la variable de conocimiento revelan que la población conoce de las ITS de forma general e identifica al VPH entre ellas, pero aún existe un desconocimiento específico acerca del VPH. Las mujeres que tienen información sobre su estado de salud muestran menores niveles de ansiedad y mejor adherencia a su tratamiento. Las mujeres que asisten por primera vez a un examen de

citología cervical reflejan falta de conocimiento, a diferencia de aquellas mujeres que llevan un control periódico, reflejan un mayor conocimiento acerca del VPH y sus mecanismos de transmisión, las mujeres identifican como prácticas sexuales relacionadas a la prevención del CaCU la citología cervical, la buena comunicación con su pareja y el uso del condón.

Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH. Fernández et al. (2009) en un estudio cualitativo, formaron tres grupos focales integrados con 6 a 15 mujeres hispanas ($n= 30$) y dos grupos de 3-8 hombres hispanos ($n= 11$) con el objetivo de explorar el nivel de conocimiento del VPH, las actitudes y las creencias culturales entre hombres y mujeres hispanos, en la frontera entre Texas y México. Reportan como hallazgos significativos que las actitudes y preocupaciones difieren por género; las mujeres interpretan un diagnóstico de VPH como un diagnóstico de cáncer y expresaron creencias fatalistas acerca de su tratamiento; mientras que los hombres inicialmente interpretan un diagnóstico de VPH como un indicador de infidelidad de sus parejas, pero después de reflexionar sobre las ambigüedades de la transmisión del VPH, esta actitud se relacionó con ideales culturales de machismo; en última instancia los hombres estaban interesados en ayudar a sus parejas a buscar atención para un control y tratamiento.

Bebis et al. (2013) realizaron un estudio con la finalidad de identificar los conocimientos y las actitudes de los adultos jóvenes de sexo masculino sobre el VPH en 874 participantes. Se reportó que en los hombres que tenían experiencia sexual, su actitud era más consciente sobre el VPH ($p= .009$); además, sabían en una proporción más alta cual es el mecanismo de transmisión ($p= .005$) y que la pareja sexual portadora del VPH puede infectar incluso aunque no presente verrugas ($p= .008$).

En síntesis, las mujeres ante un diagnóstico de VPH manifiestan pensamientos fatalitas, a diferencia de los hombres que lo relacionan con la infidelidad de la mujer. La actitud de los hombres acerca del VPH es influenciada por la experiencia sexual.

Machismo. Vargas et al. (2014) realizaron un estudio cualitativo con enfoque y aproximación fenomenológica para describir la experiencia de 20 mujeres diagnosticadas con VPH. En los resultados reportan que tanto para hombres como mujeres es un tabú que la mujer permita que alguien de sexo masculino tenga contacto visual y físico con su área genital, situación que dificulta la detección oportuna de ITS en las mujeres, ya que no acuden a los servicios de salud si el marido no les da permiso de recibir atención médica. Para las mujeres su sexualidad sigue siendo un tabú, no se sienten dueñas de su cuerpo y su sexualidad, pues piensan que ambos son de uso para el hombre.

Estigma. Arellano y Castro (2013) en un estudio cualitativo, indagaron sobre las vivencias y percepciones de un grupo de 34 mujeres mexicanas con diagnóstico de VPH positivo, displasias y CaCU; identificaron que las mujeres viven la experiencia a partir del diagnóstico como un estigma basado en su auto percepción de culpa y vergüenza, pues alude a su sexualidad, fidelidad y creencias religiosas, por lo que ponen en marcha estrategias protectoras para evitar ser estigmatizadas. Los testimonios expresan que lo esperado de una pareja es la fidelidad, indican la desinformación compartida sobre el VPH, por lo que las mujeres se auto perciben con culpa, vergüenza y temor. En relación a esto, en un testimonio de una mujer, ella se auto percibe como una persona a la que pueden discriminar, se siente estigmatizable; lo que le produce un malestar en su vida cotidiana al no compartir sus sentimientos. Ella prefirió aislarse en este proceso, se sentía desconfiada, depresiva e insegura de entablar una relación con otras personas “normales”, que podían estigmatizarla.

Urrutia et al. (2008) en un estudio con el objetivo de examinar las percepciones que tiene un grupo de mujeres chilenas con lesiones pre-invasoras de cuello uterino, sobre la citología cervical. Estudio realizado en una población de 237 mujeres, mostrando como resultados; un número importante de mujeres que refirió el hecho de “posponen el cuidado de su salud” por otros integrantes de la familia, situación que

corresponde en parte al rol que la mujer cumple al interior de la familia y dentro de la sociedad a la cual pertenecen. Las mujeres se postergan por las barreras impuestas por su familia, entre ellas el estigma; la mujer “soporta la carga social de la responsabilidad de los niños, los enfermos, etc., el cual será afectado si ellas revelan su diagnóstico.

En síntesis, las mujeres portadoras del VPH prefieren ocultar y postergar su enfermedad para evitar ser estigmatizadas y lastimar sus lazos familiares. Las mujeres portadoras de VPH consideran su matrimonio más importante que su estado de salud.

Afrontamiento al diagnóstico y control del VPH. Meza et al. (2011) realizaron un estudio para conocer si los estilos de afrontamiento, rasgos de depresión y ansiedad empleados por las mujeres portadoras de VPH influyen sobre la adaptación a la enfermedad. El estudio se realizó en 70 mujeres con VPH; la muestra se dividió en dos grupos por la presencia de malestar psicológico (grupo 1) o ausencia de malestar psicológico (grupo 2) de acuerdo al punto de corte establecido para el cuestionario general de salud, se encontró que del total de la muestra, 26 mujeres presentaron malestar psicológico (37.1%) y 44 mujeres no lo presentaron (62.9%). De acuerdo a los tipos de afrontamiento que sustenta este estudio fueron: soporte social, escape evitación y resolución del problema. La correlación del estilo de afrontamiento soporte social y las variables depresión ($r = -0.400$; $p < .05$), ansiedad rasgo ($r = -0.268$; $p < .05$), ansiedad estado ($r = -0.358$; $p < .05$) y malestar psicológico ($r = -0.243$; $p < .05$) arrojó una correlación negativa, lo que permite inferir que la utilización de este estilo disminuye la posibilidad de presentar ansiedad rasgo, ansiedad estado y malestar psicológico. El estilo resolución de problemas presenta una correlación negativa con las variables depresión ($p = -0.243$), ansiedad rasgo ($p = -0.291$) y ansiedad estado ($p = -0.327$), por lo que el uso del estilo resolución de problemas disminuye la probabilidad de presentar depresión, ansiedad rasgo y ansiedad estado. El estilo escape-evitación tuvo una correlación positiva con las variables asociadas, por lo que su empleo aumentó la posibilidad de

tener malestar psicológico ($p = .259$), depresión ($p = .386$), ansiedad rasgo ($p = .350$) y ansiedad estado ($p = .283$).

Autoeficacia para una CPCaCU. Noboa y Serrano, (2006) en un estudio realizado para examinar la percepción de autoeficacia en un grupo de 110 mujeres universitarias puertorriqueñas, observaron como destrezas de negociación que las mujeres participantes mencionaron “definitivamente puedo” con mayor frecuencia: “ofrecer razones para no incurrir en comportamientos de alto riesgo” (86%), y “expresar reafirmación por el interés en protegerse” (85%). Estas destrezas le requieren a la mujer: decirle a su pareja que utilice protección, explicarle por que insistir en su posición de protegerse. Por el contrario, las mujeres escogieron con menor frecuencia las siguientes destrezas de negociación: “identificar verbalmente las razones que ofrece la pareja para no practicar sexo más seguro” (50%) y “rebatir los argumentos de su pareja sin atacarla” (60%). Según podemos inferir, estas dos destrezas son las que más socaban su percepción de autoeficacia. Estas destrezas requieren: escuchar e identificar razones que su pareja ofrece para no usar condón, manejar el enojo que le produce, demostrarle que es falso que el condón es incómodo, manejar las amenazas de su pareja, proponerle prácticas no penetrativas y afirmarle que le pueden gustar, y manejar emociones que le generan estas prácticas como la vergüenza. Finalmente, al correlacionar la variable de actividad sexual ($r = -.302$, $p < .05$) con la de autoeficacia encontraron una relación débil pero significativa entre estas dos variables. Ello quiere decir, que las mujeres que están activas sexualmente se perciben más autoeficaces.

Conducta protectora para CaCU. Machado et al. (2010) en un estudio realizado con el objetivo de analizar el comportamiento sexual de 39 mujeres con el virus del papiloma humano adscritas en 2 unidades de salud, encontraron que la mayoría de las mujeres (79.5%) poseían una pareja estable y 19 de ellas (48.7%) vivían con un compañero. Del total de las mujeres, 29 (74.4%) iniciaron su vida sexual a una edad menor de los 19 años. En 21 (53.8%) casos mencionaron que sus parejas sexuales tenían

lesiones verrugosas. El número de parejas sexuales variaron de dos a cuatro por 20 (51.3%) mujeres, 27 (73%) negó la presencia de otra ITS y 32 (82.1%) ya se había realizado su prueba de citología cervical.

Si hablamos de la importancia de la comunicación en la pareja, Luna y Sánchez (2014) en un estudio cualitativo con el fin de obtener información respecto al conocimiento que tenían en torno al virus del papiloma humano y su vínculo con el CaCU, engloba la experiencia obtenida en tres talleres con 68 participantes, hombres y mujeres, desde el enfoque de género y salud en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Como resultado, para las mujeres, la transmisión del VPH va más allá de tener relaciones sexuales sin protección; el peso recayó en el número de parejas sexuales que tienen los varones, en la falta de comunicación con la pareja y en la falta de higiene. Los discursos de las mujeres de este estudio giraron en dos sentidos: unos de carácter negativo, cuando “no hacemos nada” por falta de dinero, por desconocimiento, porque incomoda al hombre o porque no sabemos cómo cuidarnos; y otros de carácter proactivo, hacer uso del preservativo masculino, ya que el femenino es desconocido por la mayoría, tener relaciones sexuales sólo con la pareja, aprender a cuidarse y buscar una buena comunicación con la pareja así como el realizarse la citología cervical es otra acción señalada.

En síntesis, las mujeres portadoras de VPH logran percibir como conductas protectoras para el CaCU y otras ITS la implementación del uso del condón, la realización periódica de la citología cervical, el mantener una comunicación protectora con su pareja así como el tener una pareja sexual estable. Sin embargo aun existe la necesidad de implementar estrategias para lograr el apego a las acciones y lograr una conducta protectora para CaCU.

Conducta protectora para CaCU y su relación con las condiciones personales, sociales e indicadores de proceso. Vargas et al. (2014) realizaron un estudio cualitativo con enfoque y aproximación fenomenológica para describir la

experiencia de 20 mujeres diagnosticadas con VPH. En los resultados se describe que las mujeres al ser diagnosticadas como portadoras de VPH se sienten sentenciadas a muerte. Las mujeres que han tenido más de una pareja, ya sea porque se divorciaron, las abandonaron, se separaron o quedaron viudas, prefieren no hablar sobre su problema de salud con sus actuales parejas para no ser juzgadas o abandonadas; este miedo al rechazo lo manifiestan a través de la definición que se hace sobre las mujeres que presentan ITS, como mujer indecente, sucia, sin valor social, ya que solo las mujeres con “muchos maridos” o sexoservidoras se infectan.

Las mujeres aceptan que sus parejas ejerzan su sexualidad con otras mujeres y aún sabiéndolo no se protegen. Ellas no consideran el uso del condón como causa principal de contagio, sino el ejercicio de la sexualidad del marido con “mujeres malas”. Conocen cómo se transmite, pero se les dificulta hablar de ello porque es poner al descubierto el ejercicio de su sexualidad. Dicen no saber cómo se infectaron si solo lo hacen con el marido: “solo las infieles o sexoservidoras se infectan”.

La conducta sexual y las enfermedades de transmisión sexual son producto de conductas bien establecidas por ambos géneros, al respecto ellas manifiestan: “no usar condón si somos pareja”, “las mujeres que se infectan son malas mujeres”, “me infecté... porque él no me cuidó”, “las mujeres se callan por miedo a ser señaladas por la comunidad como malas mujeres”, “la infidelidad en los hombres es aceptada”. Las mujeres casadas no se consideran en riesgo de ser infectadas porque cohabitan solo con una pareja sexual; en algunos casos ha sido la única pareja, y si el matrimonio es para formar una familia a través de la procreación, entonces las medidas preventivas como el uso del condón no están en su contexto contra las enfermedades de transmisión sexual sino como anticonceptivo.

Machado et al. (2010) analizaron el comportamiento sexual de 39 mujeres con VPH que asistían a dos unidades de referencia para las ETS. De la población estudiada, la mayoría 31 (79.5%) tenía una pareja estable, y de éstos, 19 (48.7%) vivían con sus

parejas. De todas las mujeres, 29 (74.4%) comenzaron su vida sexual antes de los 19 años. En relación a sus parejas, se presentaron 21 (53.8%) casos en donde su pareja tenían lesiones verrugosas. El número de parejas sexuales varió de dos a cuatro para 20 (51.3%) mujeres. En relación a la práctica sexual, 21 (53.9%) informaron llevar prácticas sexuales vaginales, 13 (33.3%) vaginal y sexo anal, y cinco (12.8%) del sexo vaginal y oral. Diez (27%) mujeres informaron de alguna otra ITS en el pasado. De la población en general, 13 (33%) no usan condones durante las relaciones sexuales, 16 (41%) siempre han utilizado y diez (26%) sólo algunas veces utilizan.

Jeng et al. (2010) exploraron el efecto del VPH en las vidas sexuales de las mujeres y sus parejas. En una población de 20 mujeres, 10 estaban casadas y 10 eran solteras (entre ellos dos divorciadas). En relación al efecto que tenía el VPH en su relación sexual; 14 pacientes no fueron afectadas ante el diagnóstico de VPH (con la excepción de las dos que no tenían novio actual). Las dos mujeres divorciadas, manifestaron no tener actualmente novio a causa de una relación previa desagradable, ellas manifestaron: "Debido a asuntos de mi ex novio con otra mujer, no estoy lista para tener un novio en la actualidad por miedo a que me pueda dar este tipo de infección de nuevo. Seguido de esto una de ellas mencionó: 'Pediré a mi próximo novio usar condones, pero no sé cómo decirle que tiene que hacerse un chequeo físico'. Otra mujer no informó a su ex novio de su condición hasta 18 meses más tarde.

Entre el resto de las participantes, 10 afirmaron que su relación con su marido/novio era neutral, con independencia de su vida sexual, y seis afirmaban tener una buena relación y vida sexual, con indiferencia acerca del VPH. Una de las mujeres, terminó la relación al confrontar la verdad con su pareja. Mientras que otra mujer manifestó sentimientos negativos hacia su ex marido porque él había sido la fuente de la infección por VPH y actualmente disfrutaba de la relación con su actual novio; ella no se vio afectada en términos de sus relaciones con los dos hombres.

En síntesis, la práctica de sexo seguro se ve afectado por las creencias y el machismo, siendo una barrera para las mujeres pedir a su pareja el uso del condón. Las mujeres creen que el VPH es transmitido solo por sexoservidoras “mujeres malas”. Las mujeres casadas no consideran necesario el uso del condón en razón a sus ideales maritales, solo lo consideran como un método anticonceptivo y no de protección; hablar de su sexualidad es indagar en su privacidad y es manifestado por vergüenza y miedo a ser juzgadas.

Objetivo General

Determinar las propiedades, los factores facilitadores e inhibidores así como los indicadores de proceso que influyen en la conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras de VPH.

Objetivos Específicos

Establecer la relación entre la conciencia acerca del VPH y CaCU con el conocimiento del VPH y actitud hacia el diagnóstico y control del VPH.

Conocer la relación que existe entre la conciencia acerca del VPH y CaCU con el machismo y estigma.

Conocer la relación que existe entre actitud de la mujer hacia el diagnóstico y control del VPH y conocimiento del VPH con el estigma y machismo.

Conocer la relación que existe entre el conocimiento del VPH y la actitud de la mujer hacia el diagnóstico y control del VPH con el afrontamiento al diagnóstico de VPH y la autoeficacia para una CPCaCU.

Conocer la relación que existe entre el machismo y estigma con el afrontamiento al diagnóstico de VPH y autoeficacia para una CPCaCU.

Determinar la relación que existe entre el afrontamiento al diagnóstico de VPH y autoeficacia para una CPCaCU con la conducta protectora para CaCU.

Definición De Términos

Conciencia acerca del VPH y CaCU, se refiere a la percepción de la mujer acerca de la realidad que le atribuye ser portadora del VPH, y la percepción de amenaza de riesgo a desarrollar CaCU.

Conocimiento del VPH, es la información que posee la mujer portadora del VPH acerca de la enfermedad, signos y síntomas, mecanismos de transmisión, diagnóstico, tratamiento y su vinculación con el CaCU.

Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, se refiere a la predisposición y forma de pensar (positiva o negativa) de la mujer acerca del control y tratamiento para el VPH.

Estigma, se refiere a la percepción de la mujer acerca de la opinión y actitudes que tienen otras personas en relación a una mujer portadora del VPH. El estigma se manifiesta por la sociedad como una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la mujer sea incluida en una categoría donde culturalmente es inaceptable y discriminada.

Machismo, se refiere a la percepción que tiene la mujer acerca de la conducta, creencias y actitudes de su pareja ante un diagnóstico del VPH. La mujer percibe en el hombre poder de decisión y elección, quien puede mandar y ordenar, conquistar y proponer en las relaciones afectivas y sexuales.

Afrontamiento al diagnóstico y control del VPH, es la capacidad de la mujer para aceptar y adaptarse a un nuevo rol mediante la utilización de recursos propios y del contexto social que le permiten enfrentar situaciones críticas ante la situación de ser portadora del VPH.

Autoeficacia para una CPCaCU, es la habilidad y seguridad de la mujer portadora del VPH para sentirse capaz de realizar las acciones preventivas en relación al CaCU y está determinada por la autoeficacia en el uso de condón y autoeficacia para el control de la citología cervical.

Conducta protectora para CaCU: es la capacidad de dominio y habilidad de la mujer portadora del VPH para desarrollar acciones de protección y evitar el CaCU, bajo los indicadores: pareja sexual estable, uso del condón, control de citología cervical y la comunicación protectora con su pareja sexual.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño de estudio, población, muestreo y muestra, criterios de exclusión, instrumentos, procedimientos para la selección de participantes y recolección de la información, consideraciones éticas y estrategias para el análisis de los datos.

Diseño de Estudio

El diseño de estudio fue descriptivo, transversal, correlacional (Grove & Burns, 2013; Polit & Hungler, 2000) con comprobación de modelo, el cual se considera apropiado para cumplir con el objetivo del estudio orientado a identificar las propiedades de la transición, los factores facilitadores e inhibidores así como los indicadores de proceso que influyen en la conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras de VPH.

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés estuvo conformada por mujeres portadoras del VPH, de la ciudad de H. Matamoros Tamaulipas. Fueron consideradas todas aquellas mujeres que presentaron como mínimo un año de haber sido diagnosticadas con VPH positivo, esto con la finalidad de identificar si posterior al diagnóstico las mujeres han desarrollado una conducta protectora para CaCU.

La muestra se estimó para un análisis de regresión lineal múltiple con 8 variables a través del paquete estadístico nQuery Advisor versión 4.0 (Elashof, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000). Se consideró un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación de R^2 de .09, tamaño de efecto mediano de acuerdo a Cohen (1988), potencia de 90%, dando una muestra final de 201. El muestreo fue por conveniencia, se incluyó a todas las mujeres que manifestaron la intención y disponibilidad de participar en el presente estudio.

Criterios de Exclusión

Mujeres que refieran al ser contactadas para participar en el estudio que tienen diagnóstico de displasia cervical grado III.

Instrumentos

Para recolectar los datos de identificación personal en relación a las mujeres portadoras de VPH, se utilizó la cédula de datos personales (CDP), la cual incluye información relacionada con edad, escolaridad, estado civil, tipo de relación de pareja y tiempo de la relación y tiempo con el diagnóstico (Apéndice C).

La variable **conciencia acerca del VPH y CaCU** fue medida a través de la escala de conciencia acerca de VPH y CaCU (Ingledue, 2004). Está integrado por 36 reactivos y dividido en tres dimensiones: conocimiento, percepción de amenaza y las prácticas preventivas. Para el presente estudio se consideró únicamente 12 reactivos de la dimensión de percepción de amenaza de cáncer cervical; se presenta como escala de respuesta tipo likert de 5 puntos que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. Los reactivos 7,10 y 15 para su análisis fueron invertidos, a cada respuesta se le asignó un valor en puntos del uno al cinco y posteriormente se analizaron a través de un índice con valores 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor conciencia acerca del VPH y CaCU. La fiabilidad y estabilidad del instrumento se estableció a través del procedimiento de test-retest con 10 días de intervalo. La dimensión de amenaza de cáncer cervical presentó una confiabilidad aceptada ($r= 0.95$). La validez de contenido se determinó mediante el uso de validez consensual a través de un panel de expertos y ha sido probado en población europea, afroamericana, asiática e hispano/latino. El cuestionario fue sometido a procesos de traducción oficial del inglés al español por el investigador y posterior a esto se llevó a cabo el proceso de back-traslation (Brislin, 1970) por tres profesoras de lengua natal inglés de la Universidad de Austin Texas; se llevó a cabo una adecuación cultural, considerando la necesidad de reestructuración de algunos reactivos

al contexto mexicano. Su comprensión fue valorada posteriormente a través de una prueba piloto (Apéndice D).

La variable **conocimiento acerca del VPH** fue medida con la escala de conocimiento y conciencia del VPH realizado por Yacobi, Tennant, Ferrante, Pal y Roetzheim (1999), es un instrumento auto administrado de 54 preguntas que miden conocimiento, actitudes y conductas relacionadas con el VPH. Para el presente estudio se utilizó la dimensión de conocimiento que consta de 14 reactivos con formato de respuesta: verdadero, falso, no lo sé. Los reactivos 1, 5 y 7 para su análisis fueron invertidos, en los reactivos que seleccionaron la opción no sé, fue valorada como incorrecta junto con los reactivos contestados erróneamente, se procedió a clasificarlos en correctos e incorrectos y se le asignó un valor de 1 punto a la respuesta correcta y 0 puntos a la respuesta incorrecta y no lo sé. La puntuación osciló entre valores de 0 a 14; posteriormente se procesaron a través de un índice con valores 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor conocimiento del VPH. La consistencia interna de la escala ha reportado valores de alfa de cronbach de .93. El idioma original de la escala es el inglés, por lo tanto, el cuestionario fue sometido a procesos de traducción oficial del inglés al español por el investigador y posterior a esto se llevó a cabo el proceso de back-traslation (Brislin, 1970) por tres profesoras de lengua natal inglés de la Universidad de Austin Texas; posterior a esto, se llevó a cabo una adecuación cultural, considerando la necesidad de reestructuración de algunos reactivos al contexto mexicano. Su comprensión fue valorada posteriormente a través de una prueba piloto (Apéndice E).

La variable **actitud hacia el diagnóstico y control del VPH** fue medida a través de la escala de actitud hacia el VPH diseñada por Araujo, Delgado y López (2007) incluye 33 reactivos, para el presente estudio se consideraron solamente 25 reactivos divididos en tres dimensiones: cognitiva, afectiva y conductual. La escala de respuesta es tipo likert con cinco opciones que corresponden a totalmente en desacuerdo= 1, desacuerdo= 2, indiferente= 3, de acuerdo= 4 y totalmente de acuerdo= 5. El

instrumento ha sido aprobado en población venezolana y validado por expertos. El instrumento presenta una alfa de cronbach de .77. La puntuación final de este instrumento fue valorada través de un índice con valores 0 a 100, donde a mayor puntaje una mayor actitud positiva hacia el VPH (Apéndice F).

La variable **machismo** fue medida a través de la escala Machismo Sexual (EMS- Sexismo-12) de Díaz, Rosas y González (2010). Es una escala breve y precisa estructurada con 12 reactivos con una escala tipo likert de 5 puntos que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, con una puntuación mínima de 12 y máxima de 60, estos valores se transformaron a un índice de 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor machismo percibido por la mujer portadora de VPH acerca de su pareja. La escala ha sido aplicada en población mexicana en ambos géneros, ha reportado un adecuado ajusto a través del análisis factorial confirmatorio y una confiabilidad aceptable mediante un alfa de cronbach de .91 (Apéndice G).

La variable **estigma** fue medida a través de la escala VIH Estigma (Berger 2001), tiene como objetivo medir el estigma percibido por las personas con VIH, ha sido aplicada en población mixta portadora de VIH. Está constituida por 40 reactivos con respuesta tipo likert con 5 puntos que van desde muy de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Para el presente estudio el cuestionario fue adaptado al fenómeno del VPH, se consideró un cuestionario apropiado para medir este fenómeno debido a que el VPH es una ITS y no afectó en la redacción de cada reactivo. Dos reactivos se evaluaron inversamente (8 y 21); las puntuaciones van desde 40 valor mínimo hasta 200 como valor máximo, el puntaje total se transformó a índice con valores 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor estigma. La escala ha reportado valores de alfa de cronbach de .96, lo que proporciona confiabilidad aceptada.

El cuestionario tiene como idioma original el inglés por lo que fue sometido a traducción oficial del inglés al español por el investigador y posterior a esto se llevó a cabo el proceso de back-translation (Brislin, 1970) por tres profesoras de lengua natal

inglés de la Universidad de Austin Texas; y posterior a esto se llevó a cabo una adecuación cultural, considerando la necesidad de reestructuración de algunos reactivos al contexto mexicano. Su comprensión fue valorada posteriormente a través de una prueba piloto (Apéndice H).

La variable **afrontamiento al diagnóstico y control del VPH** fue medida a través de la escala Brief COPE Inventory (BCI) en versión español (Vargas, Herrera, Rodríguez & Sepúlveda, 2010). Este cuestionario está orientado a medir el afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, por lo que para el presente estudio los reactivos se adaptaron al VPH sin afectar la esencia de cada uno de ellos. El cuestionario está formado por 28 reactivos con escala de respuesta tipo likert (1= nunca; 2= a veces; 3= casi siempre; 4= siempre). Los reactivos 3, 4, 6, 8, 11, 13, 16 y 26 para su análisis fueron invertidos, a cada respuesta se le asignó un valor en puntos del uno al cuatro y posteriormente se procesaron a través de un índice con valores 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor afrontamiento del VPH. La versión español del BCI presentó un alfa de cronbach de .70 (Apéndice I).

La variable **autoeficacia para una CPCaCU** fue medida a través de dos indicadores autoeficacia para el uso del condón y autoeficacia para el control de la citología cervical. Para medir el indicador de **autoeficacia para el uso del condón** se utilizó la dimensión autoeficacia para el uso del condón de la Escala de Autoeficacia para el Sida (SEA-27) validada por López y Moral de la Rubia (2001), la escala en su totalidad esta conformada por 27 reactivos que miden la autoeficacia para prevenir el Sida, compuesto por cuatro factores que corresponde a el patrón de respuesta es tipo likert, con opciones de respuesta: nada segura, algo segura, medio segura, muy segura y totalmente segura. Está compuesto por 3 factores, el primero mide la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, el segundo mide el uso de preservativo y el tercer factor comprende aspectos relacionados con el matrimonio, la fidelidad y el hablar de las relaciones sexuales con los padres. Para fines del presente

estudio se utilizó el segundo factor que comprende 8 elementos y el tercero que comprende 4 elementos. La escala reporta un alfa de cronbach de .75. Para su análisis a cada respuesta se le asignó un valor en puntos del uno al cinco y posteriormente se procesaron a través de un índice con valores 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor autoeficacia para el uso del condón (Apéndice J).

Para medir la **autoeficacia para el control de la citología cervical** se utilizó la escala Autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología (Florez & Rubio de León, 2013). La escala está compuesta por 6 reactivos con tres opciones de respuesta tipo likert: 1) no estoy totalmente segura, 2) más o menos segura, 3) estoy totalmente segura. Para su análisis a cada respuesta se le asignó un valor en puntos del uno al tres y posteriormente se procesaron a través de un índice con valores 0 a 100 donde a mayor puntaje mayor auto eficacia para el control de la citología cervical. Esta escala ha sido aplicada en población femenina joven (18 a 29 años) de origen colombiano. La confiabilidad de la escala se reporta con una alfa de cronbach de .83.

En lo correspondiente a la variable relacionada con el indicador de resultado: conducta protectora para CaCU, esta fue medida a través de los siguientes indicadores: tipo de relación sexual, uso del condón, control de la citología cervical y comunicación protectora en salud sexual.

El indicador **pareja sexual estable** fue medido a través de la selección del tipo de relación en el que actualmente se encuentra, con las opciones de respuesta: a) se encuentra en una relación sexual estable (con una sola pareja), b) tiene varias parejas sexuales y c) no tiene pareja sexual. Para su análisis global, a las participantes que seleccionaron la opción a y c se les asignó un valor de 1 punto a favor de una conducta protectora para CaCU, mientras que a las que seleccionaron la opción b se les asignó un valor de 0 puntos.

Para medir el indicador **uso del condón** se establecieron las pregunta: ¿la última vez que tuvo relaciones sexuales, usted y su pareja utilizaron el condón?, ¿durante los

últimos 3 meses en sus relaciones sexuales usted y su pareja han utilizado el condón?. Para su análisis global se asignaron valores de 1 para la respuesta Si y 0 para la respuesta No. Este indicador presenta como puntuación máxima 2 puntos a favor de una conducta protectora para CaCU.

El indicador **control de la citología cervical** fue medida a través de la escala de Aproximación de procesos a la acción saludable de toma de citología cervical (APAS) (Florez & Rubio de León, 2013). Se trata de un autoreporte para evaluar las seis variables psicosociales en referencia al proceso de adopción de la conducta de toma de citología vaginal: percepción de riesgo, expectativas de resultado, autoeficacia para la acción, intención, planeación y autoeficacia para el mantenimiento. Para el presente estudio se utilizó la subescala de planeación e intención para medir el grado en que las participantes planean realizarse la citología cervical. La subescala de planeación reporta un alfa de cronbach de .86 y está compuesta por tres reactivos con un patrón de respuesta dicotómica (si, no); donde la respuesta Si tiene un valor de 1 y la respuesta No de 0, en esta dimensión el puntaje máximo es de 3 puntos a favor de una conducta protectora para CaCU.

La subescala de intención reporta un alfa de cronbach de .87 y está formada por un reactivo de selección múltiple con 6 opciones de respuesta correspondientes a afirmaciones sobre su intención y su conducta de toma de citología cervical, donde se indica elegir la respuesta que más se acerque a su intención. Según la respuesta, se ubica a la participante en tres categorías: a) No intencionadas: quienes elijan las opciones 1 y 6; b) Intencionadas: quienes elijan las opciones 2, 3 y 4, y c) Actores (alto compromiso con la acción): quienes seleccionaron la opción 5. También se asignó una puntuación convencional entre 0 y 4 según el aumento de intención para realizar la conducta, por lo tanto, se asigna un puntaje 0 para quienes seleccionaron la opción 1 y 6, puntaje de 1 para la opción 2, puntaje 2 para la opción 3, puntaje 3 para la opción 4 y

puntaje 4 para quienes seleccionaron la opción 5. En esta dimensión el puntaje mínimo es de 0 y el máximo es de 4 puntos a favor de una conducta protectora para CaCU.

El indicador **comunicación protectora** fue medido a través de la escala Comunicación protectora en salud sexual de Catania et al. (1995). Está conformada por 10 reactivos con opción de respuesta de tipo dicotómica si (1) o No (0) que mide la comunicación de la pareja en temas sobre el uso del condón, el número de parejas sexuales, el uso de drogas, la necesidad de realización de la prueba del VIH/Sida, infecciones de transmisión sexual y la utilización de métodos anticonceptivos. La escala que fue adaptada al español y validada en mujeres latinas (Peragallo et al., 2005). La consistencia interna del instrumento reportó un alfa de cronbach de .82. Para la presente investigación fueron considerados solo los reactivos 1, 2, 4, 5 y 7 debido a que el resto son específicos para infección por VIH; los reactivos seleccionados fueron direccionados hacia la comunicación protectora relacionada al VPH y CaCU. Este indicador presentó como máximo 5 puntos a favor de una conducta protectora para CaCU (Apéndice K).

En lo correspondiente a un análisis global relacionado con la variable resultado se sumaron las puntuaciones de cada dimensión, por lo tanto a mayor puntaje, mayor conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras del VPH, siendo el puntaje máximo de 15.

Procedimiento de Selección de Participantes y Recolección de la Información

Para la realización del estudio se solicitó la aprobación por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Para reclutar a las mujeres portadoras de VPH fue necesario hacer la invitación para participar en el estudio a través de los medios de comunicación como radio, televisión y redes sociales. A través de la difusión del proyecto por los diferentes medios, las mujeres interesadas en participar en el proyecto se comunicaron con el

investigador responsable vía telefónica, quien les proporcionó la información completa a cerca del estudio y en qué consistía su participación, a todas aquellas mujeres que aceptaron participar se les agendó una cita de acuerdo a su disposición. Este procedimiento fue necesario realizarlo hasta completar el total de mujeres requeridas para el estudio.

Para la recolección de datos se contó con un espacio físico privado, se dio inicio con la entrega del consentimiento informado por escrito y se proporcionó tiempo para leer detenidamente el documento y oportunidad para aclarar las preguntas que surgieran en relación con su participación en el estudio. Una vez aclaradas sus dudas, se les indicó que firmaran el consentimiento informado al estar de acuerdo con lo estipulado en el documento.

Posteriormente, se hizo entrega de los instrumentos para iniciar su llenado, en caso de que la mujer señalara no saber leer se procedió a aplicar los instrumentos a través de una entrevista. Se inició con una cédula de datos personales, seguido del instrumento Conciencia acerca del VPH y CaCU, Conocimiento del VPH, Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, Machismo, Afrontamiento al diagnóstico y control de VPH, Autoeficacia para una CPCaCU, Conducta protectora para CaCU y Estigma percibida por la mujer portadora de VPH; al finalizar el llenado se verificó que los instrumentos estuvieran completos en su totalidad.

Posterior al llenado, el investigador responsable proporcionó orientación mediante consejería relacionado al conocimiento, manejo y control del VPH apoyado de pizarrón electrónico y videos educativos. Finalmente, se les agradeció su participación en el estudio; se hizo entrega de una tarjeta de agradecimiento donde se estipulaba que recibiría una consulta ginecológica gratis para iniciar el control del VPH o darle seguimiento al mismo mediante una citología cervical, colposcopia y endoscopia; se mencionó a la participante que debería agendar su cita respetando como fecha límite el último día del mes de diciembre del año 2016. Así mismo, se les entregó otra tarjeta con

información para solicitar una consulta en el área de psicología donde se ofrecieron sin costo alguno terapias individuales, de pareja o familia según las necesidades de la participante. Los datos proporcionados por las participantes fueron resguardados en cajas archivadoras y sólo el investigador principal tendrá acceso a la información.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987) en el cual se establece que para el desarrollo de investigación en salud, se deben contemplar aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los individuos, en los artículos que a continuación se mencionan.

Conforme a lo establecido en el Artículo 14, fracciones VI, VII y VIII el presente estudio fue sometido a los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización del estudio.

Se consideró lo estipulado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde declara que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe permanecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo cual se respetó la decisión de las personas a participar o no en la investigación, así mismo se otorgó un trato profesional de respeto y consideración a su persona. Se cumplió con lo estipulado en el Artículo 18, donde declara que el investigador principal suspendería la investigación de inmediato, cuando el participante así lo manifestara o cuando presente eventualmente emociones negativas, volviendo de reiniciar la recolección cuando el participante así lo decida.

De acuerdo al Artículo 16 se protegió la privacidad y confidencialidad de la mujer participante mediante la asignación de un código para el manejo de los datos, en ningún momento se registró el nombre de las participantes. El investigador principal resguardará la información personal por cinco años. El estudio fue considerado de riesgo

mínimo debido a que no se realizó ninguna intervención sobre variables fisiológicas, psicológicas o sociales en los participantes. Sin embargo, se utilizaron instrumentos que abordaron aspectos sensibles relacionados con la conducta sexual, por lo que se tiene previsto la suspensión temporal de la recolección de los datos, para retomarse cuando el participante lo decida (Artículo 17, fracción II).

Conforme a lo estipulado en el Artículo 18, el investigador principal tuvo como obligación suspender la investigación de inmediato, en caso de que la mujer decida no seguir participando en el estudio. Asimismo, al participante se le notificó que podía retirarse del estudio en el momento que lo decidiera. En relación al Artículo 21, fracciones I, III, VI, VII y VIII el participante de esta investigación recibió una explicación clara y concreta del estudio como: a) la justificación y los objetivos de la investigación; b) la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda; c) la libertad de retirarse en cualquier momento sin perjudicar su situación académica; y d) la seguridad de que su información se mantendrá en el anonimato.

De acuerdo al Artículo 36, se obtuvo el consentimiento informado, mediante el cual el sujeto de investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos que conlleva la investigación aceptó participar en el mismo con el derecho de retirarse en el momento que la mujer lo decidiera.

Por último, se respetó lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57 y 58 que señalan que los participantes son un grupo subordinado. La participación fue voluntaria y no fue influenciada por ninguna autoridad, además se garantizó que los resultados no serán utilizados para causarles algún perjuicio de su persona, ya que se mostrarán de forma general y nunca individualmente.

Estrategias para el Análisis de los Datos

Para la captura y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20. Primeramente se determinó la

consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente Alfa de Cronbach, las variables del estudio se analizaron a través de estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medias, medianas, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos y estimación puntual a través de intervalo de confianza al 95% para las variables continuas.

Para dar respuesta a los objetivos específicos se utilizó el análisis de regresión lineal simple, para el objetivo general se utilizó el análisis de regresión lineal univariado (para cada uno de los indicadores de la variable resultado conducta protectora para CaCU), así como el análisis de regresión lineal múltiple para el análisis de la variable resultado en forma global.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se incluyen los resultados del estudio. En primer lugar se muestran los resultados que corresponden a las características sociodemográficas de la población de estudio y la estadística descriptiva donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes, así como las medias de tendencia central y dispersión de las variables del estudio, así mismo la prueba de normalidad (Kolmogorov - Smirnov) para las mismas. Posteriormente se presenta la prueba de consistencia interna (Alpha de Cronbach) para cada uno de los instrumentos aplicados para finalizar con las pruebas estadísticas utilizadas para dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

Perfil Sociodemográfico

El perfil de las mujeres participantes en el estudio correspondió a una edad promedio de 30 años ($Mdn= 25$, $DE= 13.12$), con un promedio en años de estudio de 11.85 ($Mdn= 13$, $DE= 3.77$), donde la mayor proporción reportó como nivel académico profesional en formación (40.3%). Se reportó como tiempo promedio de conocer el diagnóstico 1.85 años ($Mdn= 1$, $DE= 1.92$), predominó el estado civil solteras con 49.3% y el 75.1% de las participantes reportó tener pareja sexual estable y un 43.3% mencionó tener en promedio 6.6 años ($Mdn= 3.00$, $DE= 8.46$) en la relación de pareja (Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas

Características	<i>f</i>	%
Estado civil		
Soltera	99	49.3
Casada	42	20.9
Unión libre	52	25.9
Viuda	3	1.5

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras del VPH.

(continúa)

Tabla 1

Características sociodemográficas (continuación)

Características	<i>f</i>	%
Tipo de relación		
Relación sexual estable	151	75.1
Varias parejas sexuales	15	7.5
No tiene pareja sexual	35	17.4
Nivel de escolaridad		
Universidad	81	40.3
Carrera técnica	4	2.0
Preparatoria	40	19.9
Secundaria	40	19.9
Primaria	30	14.9
Ninguno	6	3.0

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras del VPH.

Descripción de Variables del Estudio

A continuación se presentan los resultados en relación a las variables de estudio en el siguiente orden: Conciencia acerca del VPH y CaCU, Conocimiento del VPH, Actitud hacia el control y diagnóstico del VPH, Machismo sexual, Estigma, Afrontamiento al diagnóstico de VPH, Autoeficacia para una CPCaCU y la variable de Conducta protectora para CaCU.

En la tabla 2 se muestran los resultados en cuanto a la conciencia acerca del VPH y CaCU. Se observa que las mujeres no saben si están en riesgo de transmitir el VPH, si las probabilidades de contagiar el VPH son altas y si el VPH es una enfermedad mortal, las medias oscilaron entre 3.58 (*DE*= 1.23) y 3.63 (*DE*= 1.34), de valores que oscilan entre 1 y 5, donde 5 corresponde a muy de acuerdo. En el apéndice L se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes correspondiente a cada uno de los reactivos.

Tabla 2

Conciencia acerca del VPH y CaCU en mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Media	Mdn	DE
Me preocupa desarrollar CaCU	4.80	5.0	0.57
Me preocupa ser portadora del VPH	4.66	5.0	0.85
Creo que estoy en riesgo de desarrollar CaCU	3.94	4.0	1.10
Creo que estoy en riesgo de transmitir el VPH	3.63	4.0	1.34
Todas las mujeres tienen probabilidad desarrollar CaCU	3.97	4.0	1.12
Mis probabilidades de contagiar el VPH son altas	3.48	3.0	1.24
Tengo la capacidad de evitar CaCU	4.16	5.0	1.13
Tengo la capacidad de evitar transmitir el VPH	4.30	5.0	1.05
Desarrollar el CaCU es la enfermedad más grave	3.93	4.0	1.18
El VPH se puede controlar con tratamiento adecuado	4.50	5.0	0.87
El CaCU es curable con diagnóstico oportuno y tratamiento	4.47	5.0	0.79
El VPH es mortal	3.58	4.0	1.23

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras de VPH. Escala de conciencia acerca del VPH y CaCU. *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar. Rango de medición 1-5 (5= *Muy de acuerdo*, 4= *de acuerdo*, 3= *neutro*, 2= *en desacuerdo* y 1= *muy en desacuerdo*).

En la tabla 3, se presentan los resultados correspondientes al conocimiento que tienen las mujeres del VPH, contestando incorrectamente, el 61.2% piensa que el VPH es el virus que causa el herpes, el 61.7% considera que si la citología cervical es normal la mujer no tiene VPH y un 62.2% piensa también de forma incorrecta que verrugas genitales son causadas por el herpes. En el apéndice M se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes correspondiente a cada uno de los reactivos.

Tabla 3

Conocimiento del VPH en las mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Correcto		Incorrecto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
El VPH causa herpes	78	38.8	123	61.2
Las verrugas genitales son causadas por el VPH	160	79.6	41	20.4
El VPH puede causar cáncer	187	93.0	14	7.0
Realizarse la citología cervical previene complicaciones del VPH	182	90.5	19	9.5
Si la citología cervical es normal no tiene VPH	77	38.3	124	61.7
Cambios en la citología cervical pueden indicar VPH	112	55.7	89	44.3
Las verrugas genitales son causadas por el herpes	75	37.3	126	62.2
El VPH puede causar cáncer	183	91.0	18	9.0
La citología cervical casi siempre detecta VPH	123	61.2	78	38.8
El VPH puede generar crecimientos verrugosos	158	78.6	43	24.4
Sin tratamiento, el VPH puede causar pre-cáncer o displasia	154	76.6	47	23.4
Aumenta el riesgo de contraer VPH:				
Tener sexo antes de los 16 años	121	60.2	80	39.8
Tener múltiples parejas sexuales	188	93.5	13	6.5
Su pareja tenga múltiples parejas sexuales	185	92.0	16	8.0

Nota: $n=201$ mujeres portadoras del VPH. Escala de conocimiento y conciencia del VPH.

En relación con la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, en la tabla 4, la mayoría de los reactivos reportan medias que oscilan de 3.64 ($DE=1.39$) a 4.94 ($DE=0.25$) de valores que oscilan entre 1 y 5, donde 5 corresponde a totalmente de acuerdo, entre los reactivos se encuentran: estoy dispuesta a aceptar el tratamiento para el control del VPH con una media de 4.94 ($DE=0.25$), considero necesario cumplir con el tratamiento con una media de 4.94 ($DE=0.25$), tengo interés en someterme al control citológico con una media de 4.82 ($DE=0.44$) y debo mantener medidas preventivas para evitar la transmisión del VPH con una media de 4.80 ($DE=0.51$). En el apéndice N, se

muestra la distribución de frecuencias y porcentajes correspondiente a cada uno de los reactivos.

Tabla 4

Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH en la mujer portadora del VPH

Reactivos	Media	Mdn	DE
Dispuesta a aceptar el tratamiento para VPH	4.94	5.0	0.25
Me complace tener relaciones con mi pareja	2.69	3.0	1.32
El VPH es una ITS	4.77	5.0	0.57
Dispuesta a aceptar lo que implica el VPH	4.54	5.0	0.81
Me desagrada asistir al control citológico	2.36	2.0	1.40
Considero necesario cumplir con el tratamiento.	4.84	5.0	0.45
Tengo interés en cambiar mi estilo de vida sexual.	4.40	5.0	0.93
Estimo que el VPH pone en peligro mi vida	4.46	5.0	0.95
Me agrada acudir a control del VPH	4.46	5.0	0.91
Estoy dispuesta a utilizar preservativos	4.64	5.0	0.76
Considero que la citología puede determinar el VPH	4.04	4.0	1.17
Estaría dispuesta a iniciar una vida sexual con otra pareja, aun sabiendo que tengo VPH	2.10	2.0	1.24
Las verrugas genitales son indicadores del VPH	4.21	5.0	1.07
Tengo interés en someterme al control citológico	4.82	5.0	0.44
Me satisface evidenciar mejoría al cumplir con el tratamiento	3.95	5.0	1.35
Tengo Interés en obtener conocimiento sobre las lesiones que produce el VPH	4.77	5.0	0.54
Debo mantener medidas preventivas para evitar la transmisión el VPH	4.80	5.0	0.51
Me atemoriza pensar que puedo morir a consecuencia del VPH	4.24	5.0	1.11
Tener múltiples parejas es riesgo para contraer el VPH	4.75	5.0	0.83

Nota: n= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala de actitud hacia el VPH.

Mdn= Mediana; *DE*= Desviación estándar. Rango de medición 1-5 (5= *totalmente de acuerdo*, 4= *de acuerdo*, 3= *indiferente*, 2= *en desacuerdo*, 1= *totalmente en desacuerdo*).

(continúa)

Tabla 4

Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH en la mujer portadora del VPH
(continuación)

Reactivos	Media	Mdn	DE
Me rehusó tener una vida sexual con varias parejas	4.30	5.0	1.15
El VPH es una ITS incurable, pero controlable	4.20	5.0	1.13
Iniciar una vida sexual a temprana edad representa alto riesgo para contraer ITS	4.29	5.0	1.03
Estaría dispuesta decirle a una nueva pareja sexual que soy portadora del VPH	3.78	4.0	1.37
Estoy dispuesta a investigar como contraí el VPH	4.08	5.0	1.19
Estoy dispuesta a notificarle a mis familiares que tengo VPH	3.64	4.0	1.39

Nota: $n=201$ mujeres portadoras de VPH. Escala de actitud hacia el VPH.

Mdn= Mediana; DE= Desviación estándar. Rango de medición 1-5 (5= totalmente de acuerdo, 4= de acuerdo, 3= indiferente, 2= en desacuerdo, 1= totalmente en desacuerdo).

En la tabla 5, correspondiente a la percepción de machismo, se muestra que las mujeres no perciben una conducta machista en sus parejas, los reactivos se ubicaron en medias que oscilan de 1.82 ($DE= 1.23$) a 2.29 ($DE= 1.40$), lo que corresponde a estar totalmente en desacuerdo y en desacuerdo. En el apéndice O, se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes correspondiente a cada uno de los reactivos.

Tabla 5

Percepción de machismo que tiene la mujer portadora del VPH de su pareja

Reactivos	Media	Mdn	DE
Solamente el hombre puede tener sexo antes del matrimonio	2.08	2.0	1.38
Un hombre puede tener hijos fuera del matrimonio	2.14	2.0	1.35
Solamente el hombre puede tener experiencia sexual	1.92	1.0	1.25
Un hombre puede tener su primera relación sexual con una persona que no es su pareja	2.29	2.0	1.40
Un hombre casado o con pareja estable puede tener relaciones sexuales con prostitutas	2.04	1.0	1.41
Una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja	1.94	1.0	1.40
El hombre necesita tener varias parejas sexuales	1.98	1.0	1.41
Sin importar la situación o el estado de ánimo, la mujer debe tener relaciones sexuales cuando su pareja quiera tenerlas	2.10	1.0	1.48
Un hombre puede tener varias parejas sexuales al mismo tiempo	1.93	1.0	1.39
La mujer es quien debe encargarse de cuidarse para la relación sexual	2.08	1.0	1.46
El hombre debe iniciar su vida sexual en la adolescencia	2.29	2.0	1.42
El hombre debe hacer que su hijo hombre inicie su vida sexual	1.82	1.0	1.23

Nota: $n=201$ mujeres portadoras de VPH. Escala Machismo Sexual. *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar. Rango de medición 1-5 (*1= totalmente en desacuerdo*, *2= en desacuerdo*, *3= sin opinión*, *4= de acuerdo*, *5= totalmente de acuerdo*).

En relación al estigma que perciben las mujeres portadoras de VPH, en la tabla 6, se presentan medias que oscilan de 3.98 (*DE*= 1.15) a 4.12 (*DE*= 1.14) lo que indica que las mujeres tienden a estar de acuerdo en cuanto a la percepción de estigma. Destacan los reactivos correspondientes a: en muchas áreas de mi vida, nadie sabe que tengo VPH con una media de 3.98 (*DE*= 1.15), me siento culpable porque tengo VPH con una media de 3.93 (*DE*= 1.45), yo soy muy cuidadosa a quien le digo que tengo el VPH con una media de 4.12 (*DE*= 1.14), me preocupa que me juzguen cuando la gente se entere que tengo VPH con una media de 3.36 (*DE*= 1.35) y me preocupa que la gente le diga a

otros que tengo VPH con una media de 3.39 ($DE= 1.42$). En el apéndice P, se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes correspondiente a cada uno de los reactivos.

Tabla 6

Estigma percibida por las mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Media	Mdn	DE
En muchas áreas de mi vida, nadie sabe que tengo VPH	3.98	4.0	1.15
Me siento culpable porque tengo VPH	3.39	4.0	1.45
Las actitudes de las personas me hacen sentir peor	2.91	3.0	1.37
Decirle a alguien que tengo el VPH es un riesgo	3.06	3.0	1.38
Las personas con VPH pierden empleos	2.72	3.0	1.31
Yo trabajo mucho para mantener en secreto que tengo VPH	2.85	3.0	1.33
Siento que no soy tan buena como otros porque tengo VPH	2.43	2.0	1.40
Nunca me siento avergonzada de tener VPH	2.80	3.0	1.37
Las personas con VPH son tratados diferentes (discriminadas)	3.05	3.0	1.34
La gente cree que una persona que tiene el VPH está sucia	3.25	4.0	1.37
Es más fácil evitar las amistades que decirles que tengo VPH	2.82	3.0	1.31
Tener VPH me hace sentir sucia	2.61	2.0	1.41
Me siento apartada, aislada del resto del mundo	2.33	2.0	1.32
La gente piensa que una persona con VPH es repugnante	1.87	3.0	1.38
Tener VPH me hace sentir que soy una mala persona	2.31	2.0	1.37
Las mujeres que tienen VPH son rechazadas	3.23	3.0	1.34
Yo soy muy cuidadosa a quien le digo que tengo el VPH	4.12	4.0	1.14
Algunas personas que me conocen se han distanciado de mí	2.37	2.0	1.24
Me preocupa que la gente me discrimine	3.07	3.0	1.41
La gente se siente incómoda cerca de una mujer con VPH	2.98	3.0	1.41
Nunca siento que tengo que ocultar que tengo VPH	2.74	3.0	1.32

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras de VPH. Adaptación de Escala VIH Estigma.

Mdn= Mediana; DE= Desviación estándar. Rango de medición 1-5 (1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= indiferente, 4= de acuerdo, 5= muy de acuerdo).

(continúa)

Tabla 6

Estigma percibida por las mujeres portadoras del VPH (continuación)

Reactivos	Media	Mdn	DE
Me preocupa que me juzguen cuando se enteren que tengo VPH	3.36	4.0	1.35
Tener VPH en mi cuerpo es repugnante para mí	2.72	2.0	1.42
Me he sentido lastimada reaccionan al saber que tengo VPH	2.72	3.0	1.38
Me preocupa que la gente le diga a otros que tengo VPH	3.39	4.0	1.42
Lamento haber dicho a algunas personas que tengo VPH	2.95	3.0	1.43
Decir a los demás que tengo VPH ha sido un error	2.67	2.0	1.37
La gente evita tocarme si sabe que tengo VPH	2.45	2.0	1.29
Las personas que me importan han dejado de llamarme	2.15	2.0	1.21
Me ha dicho que tener VPH es lo que merezco por cómo viví	2.10	2.0	1.25
Temo que seré rechazada debido que tengo VPH	2.92	3.0	1.47
No me quieren cerca de sus hijos cuando saben que tengo VPH	2.29	2.0	1.22
La gente que me respaldaba ahora está lejos de mí	2.22	2.0	1.23
Algunas personas actúan como si fuera mi culpa el que tenga VPH	2.48	2.0	1.38
He dejado de socializar con algunos debido a sus reacciones	2.36	2.0	1.29
He perdido amigos diciéndoles que tengo VPH	2.13	2.0	1.21
He pedido a personas que mantenga en secreto que tengo VPH	2.79	3.0	1.48
Las personas que saben que tengo VPH ignoran mis buenos puntos	2.24	2.0	1.25
La gente parece tenerme miedo porque tengo VPH	2.31	2.0	1.34
Si saben que tengo VPH, lo verán como un defecto	2.81	3.0	1.48

Nota: $n=201$ mujeres portadoras de VPH. Adaptación de Escala VIH Estigma.

Mdn= Mediana; *DE*= Desviación estándar. Rango de medición 1-5 (*1= totalmente en desacuerdo*, *2= en desacuerdo*, *3= indiferente*, *4= de acuerdo*, *5= muy de acuerdo*).

En cuanto al afrontamiento al diagnóstico del VPH, en la tabla 7, se presentan medias que oscilan de 1.18 ($DE= 0.60$) a 2.78 ($DE= 1.09$) en diferentes reactivos que indican que las mujeres nunca o a veces buscan maneras de afrontar la situación que viven al ser diagnosticadas como portadoras del VPH, sin embargo algunas de las pocas maneras mencionadas para afrontar este problema de salud se encuentran los reactivos: me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación con una media de 3.26 ($DE= 0.93$),

hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación con una media de 3.31 ($DE= 0.86$) y trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles con una media de 3.27 ($DE= 0.93$). En el apéndice Q, se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes correspondiente a cada uno de los reactivos.

Tabla 7

Afrontamiento al diagnóstico del VPH en mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Media	Mdn	DE
Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando	2.46	2.0	1.09
Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación	3.26	4.0	0.93
Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mí	1.90	2.0	1.04
Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor	1.25	1.0	0.62
Busco apoyo emocional y afecto de alguien	2.17	2.0	1.11
Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo	1.65	1.0	0.91
Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación	3.31	4.0	0.91
Me niego a creer lo que me está pasando	1.86	1.0	1.07
Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación	2.77	3.0	1.21
Busco ayuda y consejo de otras personas	2.78	3.0	1.09
Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor	1.18	1.0	0.60
Trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles	3.27	4.0	0.93
Me critico a mí misma ahora más que antes del diagnóstico	2.04	2.0	1.11
Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación	2.69	3.0	1.03

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras de VPH. Adaptación de la Escala Brief COPE inventory. *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar. Rango de medición 1-4 ($1= nunca$, $2= a veces$, $3= casi siempre$ y $4= siempre$).

(continúa)

Tabla 7

Afrontamiento al diagnóstico de VPH en mujeres portadoras del VPH (continuación)

Reactivos	Media	Mdn	DE
Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona	2.98	3.0	1.06
Admito que no puedo con la situación de ser portadora de VPH y enfrentarla	1.95	2.0	1.05
Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo	2.92	3.0	0.98
Hago bromas sobre lo que me pasa	1.47	1.0	0.84
Hago algo para pensar menos en mi situación	2.52	2.0	1.02
Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir	2.92	3.0	2.35
Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento	2.47	2.0	1.14
Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual	2.44	2.0	1.25
Busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo	2.86	3.0	1.10
Aprendo a vivir con el diagnóstico de ser portadora de VPH y sus tratamientos	3.18	4.0	1.00
Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría que seguir para resolver la situación del diagnóstico de VPH	3.05	3.0	1.01
Me culpo a mí misma por lo que me pasa	2.01	2.0	1.13
Rezo, oro o medito	2.75	3.0	1.14
Tomo la situación difícil con humor	2.27	2.0	1.14

Nota: $n=201$ mujeres portadoras de VPH. Adaptación de la Escala Brief COPE inventory. *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar. Rango de medición 1-4 ($1=$ nunca, $2=$ a veces, $3=$ casi siempre y $4=$ siempre).

En lo correspondiente a la variable autoeficacia para una CPCaCU, se presentan los resultados obtenidos de los dos indicadores que conforman esta variable: autoeficacia para el uso del condón y autoeficacia para el control de la citología cervical.

En la tabla 8, se presentan medias en relación a la autoeficacia para el uso del condón, se observan valores que oscilan de 3.87 ($DE=1.47$) a 4.38 ($DE=1.12$) que tienden a estar de medio seguras a muy seguras de ser autoeficaces para el uso del

condón, sin embargo perciben menor autoeficacia en cuanto a se refiere al uso del condón durante el acto sexual después de que la mujer y su pareja han estado bebiendo alcohol con una media de 3.25 ($DE= 1.63$) y para el reactivo que refiere al uso del condón durante el acto sexual después de que la mujer y su pareja han estado consumiendo o utilizando alguna droga con una media de 3.12 ($DE= 1.76$). En el apéndice R, se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes correspondiente a cada uno de los reactivos.

Tabla 8

Autoeficacia para el uso del condón en mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Media	Mdn	DE
¿Qué tan segura estás de ser capaz de ...			
Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	3.90	4.0	1.32
Usar correctamente el condón?	3.96	4.0	1.27
Usar el condón durante el acto sexual después de que tú y tu pareja han estado bebiendo alcohol?	3.25	4.0	1.63
Usar el condón durante el acto sexual después de que tú y tu pareja han estado consumiendo o utilizado alguna droga (mariguana, resistol, tiner)?	3.12	4.0	1.76
Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja sexual prefiere no usarlo?	3.97	5.0	1.39
Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	3.90	5.0	1.41
Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	3.99	4.0	1.29
Acudir a la tienda a comprar condones?	4.02	5.0	1.34
No tener relaciones sexuales con otra pareja fuera del matrimonio?	3.87	5.0	1.47
Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	3.91	5.0	1.40
Platicar con tu pareja sobre temas sexuales?	4.36	5.0	1.10
Platicar con tu pareja sobre el uso del condón?	4.38	5.0	1.12

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras de VPH. Adaptación de la escala autoeficacia para el Sida SEA- 27. *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar. Rango de medición 1-5 (*1= nada segura, 2= algo segura, 3= medio segura, 4= muy segura y 5= totalmente segura*).

(continúa)

Respecto a la autoeficacia para la toma de la citología cervical, en la tabla 9 se reportan medias que oscilan de 2.61 ($DE= 0.60$) a 2.84 ($DE= 0.43$), los cuales reportan que las mujeres están más o menos seguras de asistir a la toma de citología cervical en la mayoría de los casos; entre los reactivos que se encuentran: aunque le dé pena contarle a su pareja que tiene que tomarse la citología, con una media de 2.84 ($DE= 0.43$) y aunque le dé miedo que le puedan diagnosticar cáncer de cuello uterino, con una media de 2.79 ($DE= 0.49$) al igual que aunque otras mujeres le hayan contado que a ellas les dolió cuando se hicieron la citología. En el apéndice S, se muestra la distribución de frecuencias y porcentajes correspondiente a cada uno de los reactivos.

Tabla 9.

Autoeficacia en mujeres portadoras del VPH para la toma de citología cervical

Reactivos	Media	Mdn	DE
¿En cuál de las situaciones usted se siente totalmente segura de que es capaz de tomarse la citología cervical?			
Aunque le dé miedo que le puedan diagnosticar cáncer de cuello uterino	2.79	3.0	0.49
Aunque otras mujeres le hayan contado que a ellas les dolió cuando se hicieron la citología	2.79	3.0	0.49
Aunque le haya dolido mucho cuando le tomaron la última citología vaginal	2.76	3.0	0.51
Aunque le dé pena contarle a su pareja que tiene que tomarse la citología	2.84	3.0	0.43
Aunque no se haya sentido bien atendida por los médicos y las enfermeras	2.61	3.0	0.60
Aunque no sepa lo que le van a hacer durante la toma del examen	2.68	3.0	0.57

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras de VPH. Escala de autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología. *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar. Rango de medición 1-3 (*1= no estoy totalmente segura*, *2= más o menos segura* y *3= estoy totalmente segura*).

En lo correspondiente a la variable relacionada con el indicador de resultado: conducta protectora para CaCU, esta fue medida a través de los siguientes indicadores:

pareja sexual estable, uso del condón, control de la citología cervical y comunicación protectora en salud sexual.

En la tabla 10, se presenta el tipo de relación sexual actual de las mujeres portadoras de VPH, se observa que el 75.1% de las mujeres tienen una pareja sexual estable.

Tabla 10

Tipo de relación sexual en la mujer portadora del VPH

Tipo de relación	<i>f</i>	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Con una sola pareja sexual	151	75.1	69.1	81.1
Con varias parejas sexuales	15	7.5	3.8	11.1
No tiene pareja sexual	35	17.4	12.1	22.7

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras de VPH estándar; IC= Intervalo de confianza.

En la tabla 11, en relación al uso del condón, más del 50% de las mujeres no utilizaron el condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales ni durante los últimos tres meses.

Tabla 11

Uso del condón en mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿La última vez que tuvo relaciones sexuales, usted y su pareja utilizaron el condón?	62	30.8	139	69.2
¿Durante los últimos 3 meses en sus relaciones sexuales usted y su pareja han utilizado el condón?	63	31.3	138	68.7

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras del VPH.

En la tabla 12, se observa que más del 50% no tiene planeado el mes en el que se va a tomar la próxima citología cervical, dónde se la va a tomar ni con qué frecuencia.

Tabla 12

Control de la citología cervical en las mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Ya tiene planeado el mes en que va a tomarse la próxima citología cervical?	84	41.8	117	58.2
¿Ya tiene planeado dónde se va a tomar la próxima citología cervical?	83	41.3	118	58.7
¿Ya tiene planeado cada cuánto se va a tomar la citología cervical?	108	53.7	93	46.3

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras del VPH. Escala de APAS.

En la tabla 13, se muestra la intención de las mujeres portadoras de VPH acerca de llevar un control de la citología, se puede observar que solo un 39.8% de las mujeres portadoras del VPH ya se han tomado varias citologías y tienen la firme intención de seguir haciéndolo.

Tabla 13

Intención para llevar un control de la citología cervical en las mujeres portadoras del VPH

Reactivos	<i>f</i>	%
Yo nunca me he tomado la citología vaginal y realmente no tengo la intención de hacérmela durante este año.	12	6.0
Yo nunca me he tomado la citología vaginal, pero tengo la firme intención de hacérmela durante este año.	43	21.4
Yo me tomé la citología vaginal hace varios años y dejé de hacerlo, pero tengo la intención de hacérmela este año.	32	15.9
Yo hace poco me hice mi primera citología vaginal y tengo la intención de hacérmela cada año.	30	14.9
Yo me he tomado varias citologías vaginales y tengo la firme intención de seguir haciéndomela cada año.	80	39.8
Yo sí me he tomado la citología vaginal, pero no tengo la intención de hacérmela de nuevo.	4	2.0

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras del VPH. Escala de APAS.

En la tabla 14, se presenta información respecto a la comunicación que tienen las mujeres con su pareja, cabe destacar que solo un 43.8% le había preguntado alguna vez a su pareja si había tenido una enfermedad sexual como el VPH.

Tabla 14

Percepción de la mujer portadora de VPH de comunicación protectora en salud sexual

Reactivos	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Le ha preguntado a su pareja como se siente sobre el uso de condón?	106	52.7	95	47.3
¿Usted y su pareja han platicado sobre la importancia de tener una pareja sexual estable?	139	69.2	62	30.8
¿Le dijo a su pareja que usted no iba a tener relaciones sexuales sin usar un condón?	93	46.3	108	53.7
¿Habló con su pareja sobre la necesidad de que ambos se hicieran la prueba del VPH?	104	51.7	97	48.3
¿Le preguntó a su pareja si alguna vez él había tenido una enfermedad sexual como VPH?	88	43.8	113	56.2

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras del VPH. Adaptación de la escala comunicación protectora en salud sexual.

En la tabla 15, se presentan los índices de las variables de estudio, donde a mayor puntaje, mayor es la presencia de la variable. Se pueden observar índices bajos en relación a la percepción de machismo que tiene la mujer portadora de VPH de su pareja sexual se muestra una media de 20.46 ($Mdn= 16.66$, $DE= 27.67$) donde los reactivos señalan baja percepción de machismo. Los índices en los que se reportaron medias más altas corresponden a la autoeficacia para una CPCaCU con una media de 79.83 ($Mdn= 85.41$, $DE= 17.07$) y la conciencia acerca del VPH y CaCU con una media de 78.07 ($Mdn= 79.76$, $DE= 12.21$).

Para conocer la distribución de los datos, se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors. Los resultados indican que solo la variable afrontamiento al diagnóstico y control del VPH presenta distribución normal en los datos.

Tabla 15

Índices de variables de estudio

Variables				Valores		IC 95%		<i>D^a</i>	<i>p</i>
	Media	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Mín.	Max.	Inferior	Superior		
Conciencia acerca del VPH y CaCU	78.07	79.16	12.21	39.58	96.67	71.62	74.39	.06	.028
Conocimiento del VPH	70.46	71.42	17.92	7.14	100.00	67.97	72.96	.12	.001
Actitud hacia el diagnóstico y control VPH	71.34	71.21	7.57	46.97	90.91	70.29	72.40	.08	.002
Machismo sexual	26.40	16.66	27.67	0	100.00	22.56	30.25	.17	.001
Estigma	45.02	42.50	20.78	3.75	100.00	42.13	47.91	.74	.009
Afrontamiento al diagnóstico de VPH	62.82	63.09	14.76	25.00	92.86	60.80	64.85	.05	.094
Autoeficacia para una CPCaCU	79.83	85.41	17.07	23.96	100.00	77.46	82.21	.13	.001
Conducta protectora para CaCU	55.55	53.33	21.48	0	100.00	52.56	58.54	.09	.001

Nota: DE = Desviación estándar, Min= mínimo, Max= máximo, Mdn = Mediana, n = 201, IC = intervalo de confianza, D^a = Estadístico de Kolmogorov Smirnov en la prueba de normalidad con corrección Lilliefors.

Consistencia Interna de los Instrumentos

En la tabla 16, se presenta la consistencia interna de los instrumentos obtenida a través del Alpha de Cronbach, los valores oscilaron entre .62 a .95, lo cual se considera aceptable.

Tabla 16

Consistencia interna de las variables de estudio

Instrumento	Número de Reactivos	Alpha de Cronbach
Conciencia acerca del VPH y CaCU	12	.66
Conocimiento del VPH	14	.77
Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH	25	.79
Machismo	12	.94
Estigma	40	.95
Afrontamiento al diagnóstico de VPH	28	.83
Autoeficacia para una CPCaCU		
Autoeficacia para uso del condón	12	.88
Autoeficacia para el control de la citología cervical	6	.85
Conducta Protectora para CaCU		
Control de la citología cervical	3	.84
Comunicación protectora en salud sexual	5	.69
Conducta protectora	12	.62

Resultados de Acuerdo a los Objetivos del Estudio

Para dar respuesta a los objetivos, se realizaron pruebas de correlación de Spearman entre las variables del estudio (Apéndice T) y posteriormente se ajustaron modelos de regresión lineal simple y múltiple en relación al planteamiento de cada uno de los objetivos. De acuerdo a esto, se realizaron regresiones lineales univariadas y multivariadas.

El primer objetivo plantea establecer la relación entre la conciencia acerca del VPH y CaCU con el conocimiento del VPH y actitud hacia el diagnóstico y control del

VPH. Se realizó una prueba de correlación entre dichas variables y se encontró una relación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0.05$), entre la variable conciencia y la actitud, es decir, a mayor conciencia acerca del VPH y CaCU se tendrá una actitud positiva hacia el diagnóstico y control de la enfermedad. Sin embargo, no se encontró relación significativa entre la conciencia y el conocimiento del VPH ($p > 0.05$). Para dar respuesta al objetivo dos se analizó la relación entre la conciencia hacia el VPH y CaCU con las variables machismo y estigma, los resultados no presentan una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) (tabla 17).

Tabla 17

Correlaciones entre conciencia acerca del VPH y CaCU con el conocimiento del VPH, la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, machismo y estigma

Variabes	Conciencia acerca del VPH y CaCU
Conocimiento del VPH	-0.01
Actitud hacia el VPH	0.21*
Machismo	-0.01
Estigma	0.04

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$.

Se realizó un análisis mediante un modelo lineal general multivariado aplicando el estadístico Lambda de Wilks considerando como variable independiente la conciencia acerca del VPH y CaCU y como variables dependientes el conocimiento, actitud, machismo y estigma, el modelo fue altamente significativo (Lambda de Wilks: $A = 890$, $F_{[4,196]} = 6.05$, $p = .001$). Se obtuvieron cuatro modelos individuales, en la tabla 18 se observa que solo el modelo 2 fue significativo, es decir, la conciencia acerca del VPH y CaCU influye en la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH ($p < .01$) (figura 3).

Tabla 18

Modelo multivariado de conciencia acerca del VPH y CaCU con el conocimiento del VPH, actitud acerca del diagnóstico y control, machismo y estigma

Modelo	B	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Modelo 1. Conocimiento del VPH	.090	.104	.86	.389	-.115	.294
Modelo 2. Actitud hacia el VPH	.233	.050	4.6	.001**	.131	.332
Modelo 3. Machismo	.073	.160	.45	.649	-.243	.390
Modelo 4. Estigma	.147	.120	1.2	.222	-.090	.384

Nota: variable independiente conciencia acerca del VPH y CaCU. B= b, SE= Error estándar, IC= intervalo de confianza, * $p < .05$, ** $p < .01$, $n = 201$.

En lo correspondiente al objetivo tres de conocer la relación que existe entre actitud de la mujer acerca del VPH y conocimiento del VPH con el estigma y machismo; el conocimiento se encuentra estadísticamente relacionado con el machismo y estigma ($p < .001$, $p < .05$), y la relación es inversamente proporcional al conocimiento. Es decir, a mayores niveles de conocimiento menores son los niveles del índice de machismo y estigma. En cuanto a la actitud, no se halló relación estadísticamente significativa con las variables machismo y estigma ($p > .05$) (tabla 19).

Tabla 19

Correlaciones entre las variables de conocimiento del VPH y actitud hacia diagnóstico y control del VPH con el estigma y machismo

Variables	Conocimiento del VPH	Actitud hacia el VPH
Machismo	-0.271**	-0.122
Estigma	-0.142*	-0.089

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$.

Para dar respuesta al objetivo cuatro, se encontró relación estadísticamente significativa entre los niveles de conocimiento del VPH y el afrontamiento del diagnóstico de VPH ($p<.01$). Situación similar se encontró al relacionarlo con la variable de autoeficacia ($p<.01$). La relación de estas dos variables es directamente proporcional al conocimiento del VPH, es decir a mayor conocimiento se presenta un mayor afrontamiento de la enfermedad y de autoeficacia para una CPCaCU.

De igual manera, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH y las variables afrontamiento y autoeficacia para una CPCaCU ($p<.01$). La relación de estas dos variables es directamente proporcional a la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, es decir, si se presenta una actitud favorable, es mayor el afrontamiento y la autoeficacia (tabla 20).

Tabla 20

Correlaciones entre las variables de conocimiento del VPH y actitud hacia el diagnóstico y control del VPH con el afrontamiento del VPH y autoeficacia para una CPCaCU

Variab	Conocimiento del VPH	Actitud hacia el VPH
Afrontamiento del VPH	0.172*	0.242*
Autoeficacia para una CPCaCU	0.295*	0.392*

*Nota: * $p<.05$ ** $p<.01$.*

Para dar respuesta al objetivo cinco, se analizó la relación entre la variable afrontamiento al diagnóstico de VPH con las variables machismo y estigma, donde la variable afrontamiento al diagnóstico de VPH se encuentra relacionado con las variables machismo y estigma ($p<.05$), es decir, a mayores niveles de afrontamiento al diagnóstico de la enfermedad menores niveles de percepción de machismo o estigma. Situación similar se da cuando se analiza la variable autoeficacia para una CPCaCU, donde se encontró una relación estadísticamente significativa entre la autoeficacia y el machismo

y estigma ($p<.05$). A mayor autoeficacia se presentan menor percepción de machismo y estigma (tabla 21).

Tabla 21

Correlación de variables machismo y estigma con el afrontamiento del VPH y Autoeficacia para una CPCaCU

Variables	Afrontamiento del VPH	Autoeficacia para una CPCaCU
Machismo	-0.141*	-0.157*
Estigma	-0.269*	-0.191*

Nota: * $p<.05$ ** $p<.01$.

A través de una regresión lineal múltiple primeramente se introdujeron las variables que juegan el rol de factores facilitadores/inhibidores como variables independientes, y como variable dependiente el indicador de proceso afrontamiento al diagnóstico de VPH, posteriormente se ajustó por la edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico (modelo 1). Los resultados muestran que la actitud hacia diagnóstico y control del VPH, el estigma, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico se asocian con el afrontamiento a un diagnóstico de VPH. Posterior a esto, se corrieron tres modelos y a través de la metodología backward se identificó el modelo que mejor ajustó a las variables del estudio. El tercer modelo mantuvo significativas las variables señaladas previamente, explicando el 15.5% de la varianza ($R^2 = .155$, $F_{[5,195]} = 8.34$, $p<.05$), es decir, la actitud, el estigma, la edad, la escolaridad y el tiempo con el diagnóstico influyen en el afrontamiento de la enfermedad en las mujeres (tablas 22 y 23, figura 4).

Tabla 22

Modelo de regresión lineal de afrontamiento al diagnóstico de VPH con el conocimiento del VPH, la actitud hacia el VPH, machismo, estigma, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico

Afrontamiento al diagnóstico de VPH	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	29.68	10.60	-	.006
Conocimiento del VPH	.078	.063	.096	.219
Actitud hacia el VPH	.306	.113	.192	.007*
Machismo	.029	.038	.054	.452
Estigma	-.187	.048	-.266	.001*
Edad	.172	.087	.155	.050*
Escolaridad	.716	.316	.186	.025*
Tiempo con el diagnóstico	-1.54	.519	-.204	.003*

Nota: *B*= *b*, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, **p*<.05, ***p*<.01, *n*= 201.

Tabla 23

Modelo de regresión lineal de afrontamiento al diagnóstico de VPH con la actitud hacia el VPH, estigma, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico

Afrontamiento al diagnóstico de VPH	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	31.21	10.47	-	.003
Actitud hacia el VPH	.351	.105	.220	.001**
Estigma	-.179	.046	-.255	.001**
Edad	.163	.087	.147	.001**
Escolaridad	.791	.296	.205	.008**
Tiempo con el diagnóstico	-1.43	.513	-.189	.006**

Nota: *B*= *b*, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, **p*<.05, ***p*<.01, *n*= 201.

Posteriormente, se presenta un modelo de regresión lineal múltiple con la variable dependiente de autoeficacia para una CPCaCU y como variables independientes el conocimiento del VPH, actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, machismo y

estigma, ajustado por la edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico (tabla 24), se corrieron cinco modelos y a través de la metodología backward se identificó el modelo que mejor ajustó a las variables del estudio. El quinto modelo demuestra que solo las variables conocimiento del VPH, la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH y estigma tienen un efecto directo sobre la autoeficacia para una CPCaCU ($R^2 = .239$, $F_{[7,193]} = 9.95$, $p < .05$) con una varianza explicada del 23.9% (tabla 24 y 25, figura 5).

Tabla 24

Modelo de regresión lineal de Autoeficacia para una CPCaCU con el conocimiento del VPH, actitud hacia el VPH, estigma, machismo, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico

Autoeficacia para una CPCaCU	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	3.36	11.79	-	.76
Conocimiento del VPH	.186	.071	.195	.009**
Actitud hacia el VPH	.739	.125	.395	.001**
Estigma	-.086	.053	-.105	.108
Machismo	.004	.042	.089	.929
Edad	.186	.097	.143	.049*
Escolaridad	.311	.351	.069	.377
Tiempo con el diagnostico	-.549	.578	-.062	.343

Nota: *B*= b, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, * $p < .05$, ** $p < .01$, $n = 201$.

Para dar respuesta al objetivo seis, se realizó una prueba de correlación de las variables afrontamiento del VPH y autoeficacia para una CPCaCU con la conducta protectora para CaCU. Se encontró relación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre la conducta protectora y el afrontamiento del VPH ($p < .05$), es decir a mayor puntaje en afrontamiento al diagnóstico y control del VPH,

mayor es la conducta protectora para CaCU Situación similar se encontró entre la conducta protectora y la autoeficacia para una CPCaCU ($p<.05$), a mayor puntaje en el nivel de autoeficacia, mayor es la conducta protectora para CaCU (tabla 25).

Tabla 25

Correlación de las variables afrontamiento del VPH y autoeficacia para una CPCaCU con la CPCaCU

Variables	CPCaCU
Afrontamiento del VPH	0.194*
Autoeficacia para una CPCaCU	0.270*

Nota: * $p<0.05$, ** $p<.01$.

Se llevó a cabo el análisis mediante una regresión lineal, donde se consideró como variable dependiente a la conducta protectora para CaCU y variables independientes al afrontamiento y autoeficacia para una CPCaCU, ajustado por la edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico (tabla 26). A través a de la metodología backward, se corrieron cuatro modelos y se identificó el modelo que mejor ajusto, en la tabla 27 se presenta el modelo integrado por las variables de afrontamiento al diagnóstico de VPH y la edad explicando el 14.6% de la varianza ($R^2 = .146$, $F_{[3,197]} = 12.39$, $p = .001$) (tabla 26 y 27, figura 6).

Tabla 26

Modelo de regresión lineal de Conducta protectora para CaCU con Afrontamiento al diagnóstico de VPH, Autoeficacia para una CPCaCU, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico

Conducta protectora para CaCU	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	16.73	10.50	-	.113
Afrontamiento del diagnóstico VPH	.178	.1.07	.121	.094
Autoeficacia para una CPCaCU	.309	.067	.333	.001**
Edad	.275	.131	.168	.037*
Escolaridad	.014	.448	.032	.975
Tiempo con el diagnostico	-.210	.769	-.019	.785

Nota: *B* = *b*, *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta, * $p<.05$, ** $p<.01$, $n = 201$.

Tabla 27

Modelo de regresión lineal de Conducta protectora para CaCU con Afrontamiento del diagnóstico de VPH, Autoeficacia para una CPCaCU y edad

Conducta protectora para CaCU	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	14.90	7.68	-	.054
Afrontamiento del diagnóstico VPH	.173	.101	.118	.089
Autoeficacia para una CPCaCU	.301	.064	.324	.001**
Edad	.258	.107	.158	.017**

Nota: *B*= *b*, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, **p*<.05, ***p*<.01, *n*= 201.

Después de realizar cada uno de los análisis de las variables previamente mostrados, siguiendo el proceso de transición descrita por Meleis, se presenta la comprobación del modelo excluyendo la variable machismo debido a que no presenta correlación significativa en el proceso de transición con el resto de las variables, se reportan los valores de las correlaciones significativas en las variables correspondientes (figura 7).

Adicionalmente se llevó a cabo un análisis general de todas las variables del estudio mediante una regresión lineal múltiple para identificar el efecto directo de cada una de ellas sobre la conducta protectora para CaCU. En la tabla 27 se observa que la conciencia acerca del VPH y CaCU, el conocimiento del VPH, la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH y la autoeficacia para una CPCaCU explican el 18% de la varianza ($R^2 = .180$, $F_{[10,190]} = 5.40$, $p = .001$) y a través de la metodología backward se identificó el modelo que mejor ajustó a las variables del estudio ($R^2 = .181$, $F_{[6,194]} = 8.36$, $p = .001$ (tabla 28). Por lo tanto, la conducta protectora para CaCU está determinada por la conciencia acerca del VPH y CaCU, el conocimiento del VPH, la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, el estigma, la autoeficacia para una CPCaCU y la edad (figura 8).

Tabla 28

Modelo de regresión lineal múltiple de Conducta protectora para CaCU con las propiedades, factores facilitadores/inhibidores e indicadores de proceso, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico

Conducta protectora para CaCU	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>		Colinealidad		Índ. Cond.
					Inferior	Superior	Tol	FIV	
Constante	14.38	-	.880	.380	-17.85	46.63	-	-	1.00
Conciencia acerca del VPH y CaCU	.363	.263	2.94	.004**	.120	.606	.834	1.19	4.12
Conocimiento del VPH	.315	.263	3.35	.001**	.130	.501	.668	1.49	4.40
Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH	-.418	-.178	-2.25	.025*	-.783	-.053	.662	1.51	7.53
Machismo	-.035	-.045	-.63	.527	-.144	.074	.808	1.23	13.92
Estigma	-.124	-.120	-1.70	.090	-.268	.019	.826	1.21	7.80
Afrontamiento al diagnóstico y control del VPH	.135	.092	1.24	.214	-.078	.349	.760	1.31	15.99
Autoeficacia para una CPCaCU	.277	.220	2.84	.005**	.085	.469	.684	1.46	18.17
Edad	.224	.137	1.70	.089	-.035	.482	.641	1.56	19.32
Escolaridad	-.509	-.089	-1.09	.275	-1.42	.408	.613	1.63	29.43
Tiempo con el diagnóstico	-.625	-.056	-.808	.420	-2.15	.901	.855	1.16	43.90

Nota: *B*= *b*, *SE*= Error estándar, *Beta*= valor de beta, Tol= tolerancia, FIV= factor de inflación de la varianza, Índ. Cond.= índice de condición, **p*<.05, ***p*<.01, *n*= 201.

Tabla 29

Modelo de regresión lineal múltiple de Conducta protectora para CaCU con la conciencia acerca del VPH y CaCU, conocimiento del VPH, actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, estigma, autoeficacia para una CPCaCU y edad

Conducta protectora para CaCU	B	Beta	t	p	IC 95%		Colinealidad		Índ. Cond.
					Inferior	Superior	Tol	FIV	
Constante	12.31	-	.879	.381	-15.31	39.95	-	-	1.00
Conciencia acerca del VPH y CaCU	.357	.203	2.91	.004**	.115	.599	.841	1.19	6.27
Conocimiento del VPH	.290	.242	3.30	.001**	.117	.463	.762	1.31	6.62
Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH	-.392	-.167	-2.15	.033*	-.752	-.032	.681	1.46	14.16
Estigma	-.144	-.139	-2.13	.034*	-.277	-.011	.963	1.03	15.45
Autoeficacia para una CPCaCU	.311	.247	3.32	.001**	.126	.495	.741	1.34	23.48
Edad	.250	.153	2.20	.028*	.027	.474	.854	1.17	33.62

Nota: B= b, SE= Error estándar, Beta= valor de beta, Tol= tolerancia, FIV= factor de inflación de la varianza, Índ. Cond= índice de condición, * $p < .05$, ** $p < .01$, $n = 201$.

La teoría de rango medio propuesta para el presente estudio de investigación en relación con la literatura consideró las siguientes variables de estudio: conciencia de la mujer acerca del VPH y CaCU, conocimiento del VPH, actitud hacia el control y diagnóstico del VPH, machismo, estigma, afrontamiento al diagnóstico de VPH, autoeficacia para una CPCaCU y la conducta protectora para CaCU.

Se plantearon cinco proposiciones teóricas que permiten identificar la interacción entre las variables que conforman el estudio. Derivados de los resultados se identificó que la variable machismo no se relaciona con el resto de las variables propuestas, por lo tanto, las proposiciones sufrieron modificaciones quedando de la siguiente manera (figura 3 y 4):

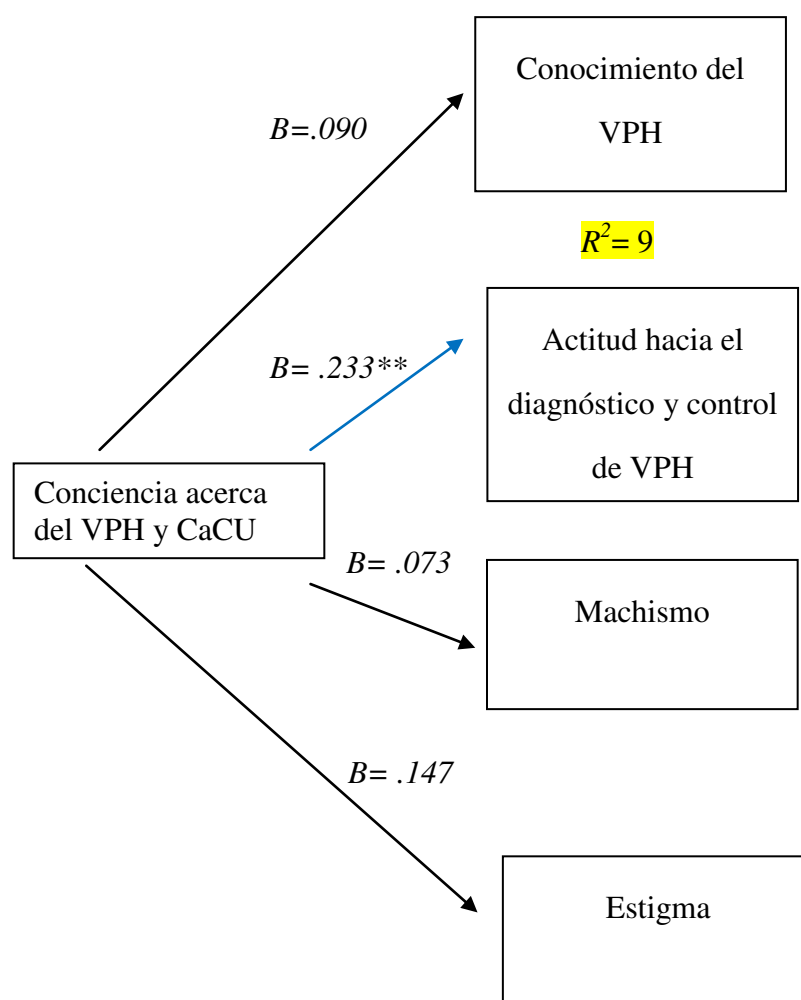
La conciencia acerca del VPH y CaCU se relaciona con la actitud de la mujer hacia el diagnóstico y control del VPH.

El conocimiento acerca del VPH y la actitud hacia el diagnóstico y control del VPH se relacionan con la autoeficacia para una CPCaCU.

La actitud hacia el diagnóstico y control del VPH y el estigma se relaciona con el afrontamiento al diagnóstico del VPH.

El afrontamiento al diagnóstico del VPH se relaciona con la edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico.

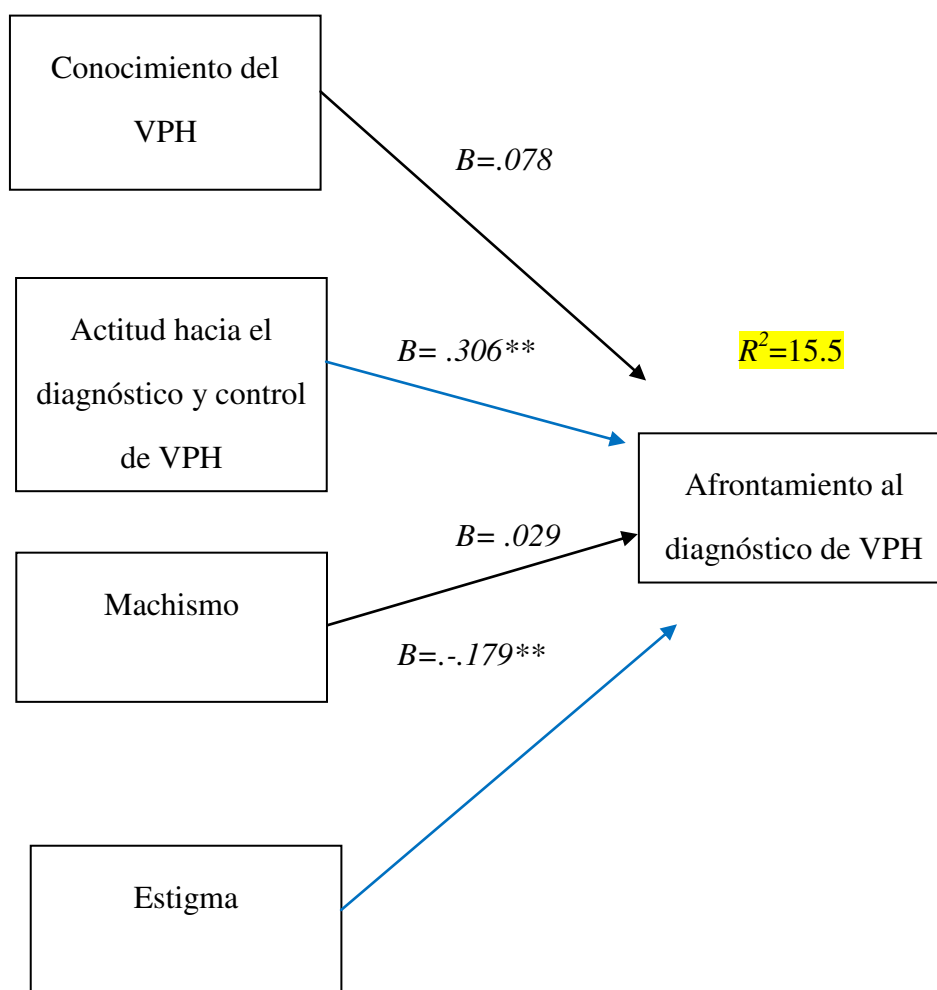
La autoeficacia para una CPCaCU y la edad se relacionan con la CPCaCU.



* $p < .05$

** $p < .01$

Figura. 3. Representación gráfica de asociación cuantitativa entre la conciencia acerca del VPH y los factores facilitadores/inhibidores.



* $p < .05$

** $p < .01$

Figura. 4. Representación gráfica de de asociación cuantitativa entre los factores facilitadores/inhibidores con el afrontamiento al diagnóstico y control del VPH.

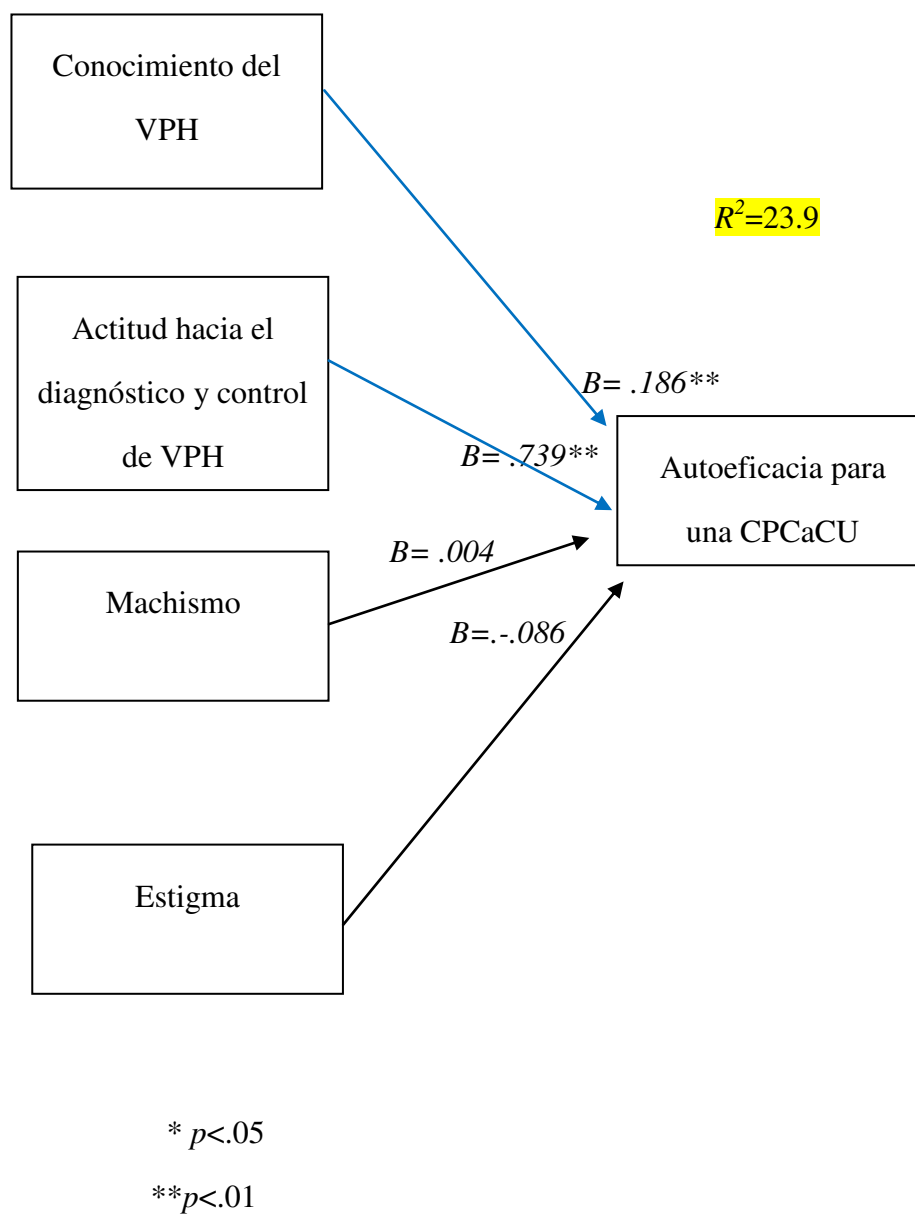


Figura. 5. Representación gráfica de de asociación cuantitativa entre los factores facilitadores/inhibidores con la autoeficacia para una CPCaCU.

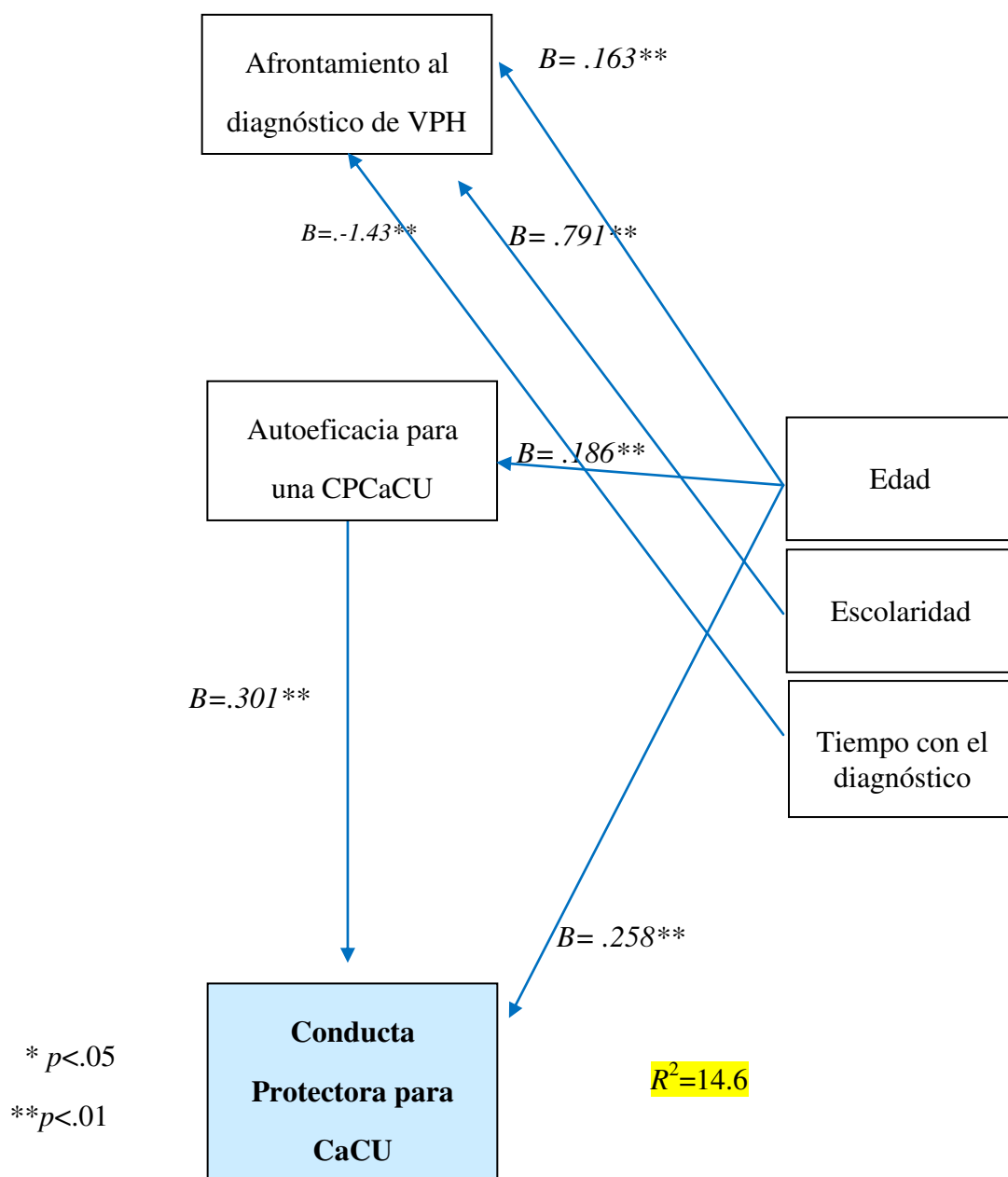


Figura. 6. Representación gráfica de de asociación cuantitativa entre el afrontamiento al diagnóstico y control de VPH, autoeficacia para una CPCaCU, edad, escolaridad y tiempo con el diagnóstico con la conducta protectora para CaCU.

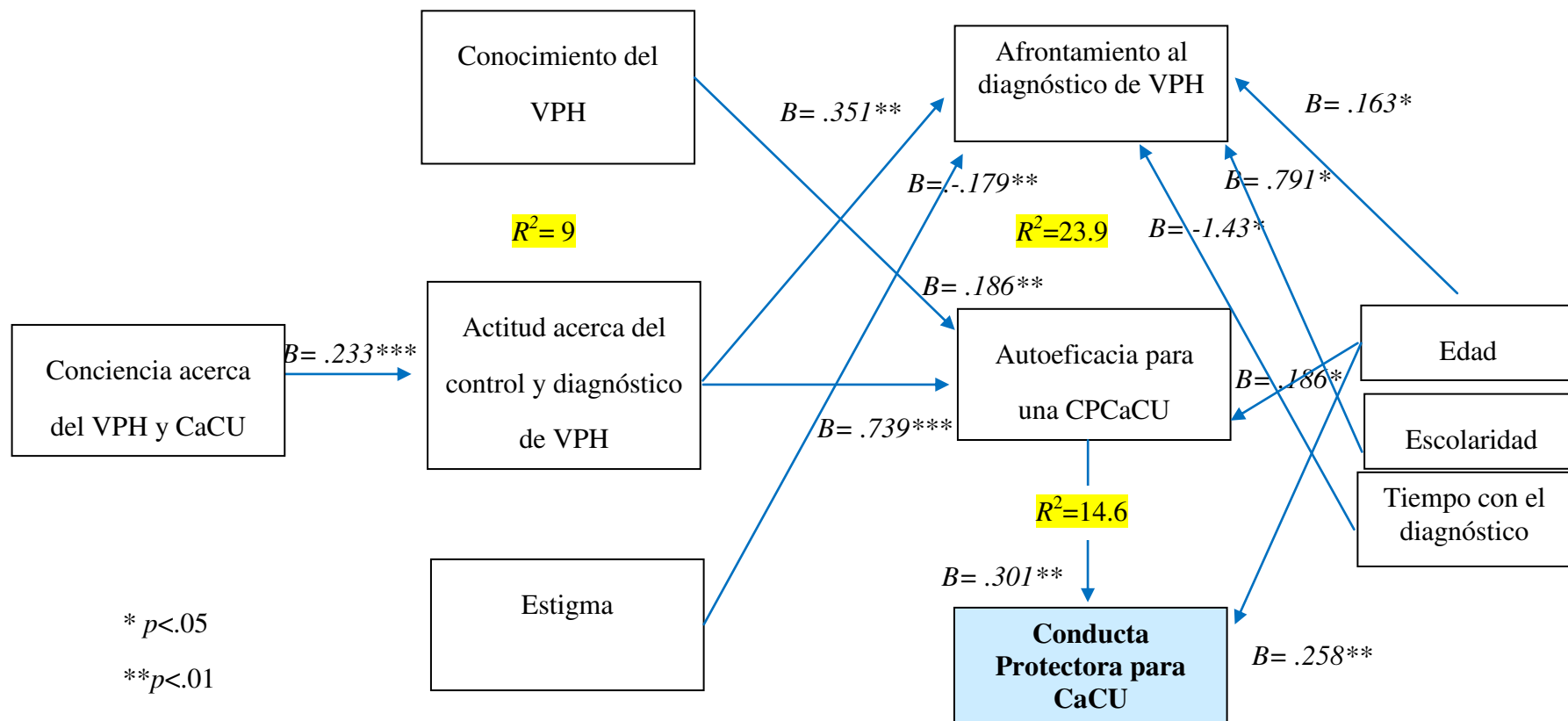


Figura 7. Representación gráfica del Modelo de Conducta Protectora en mujeres portadoras del VPH.

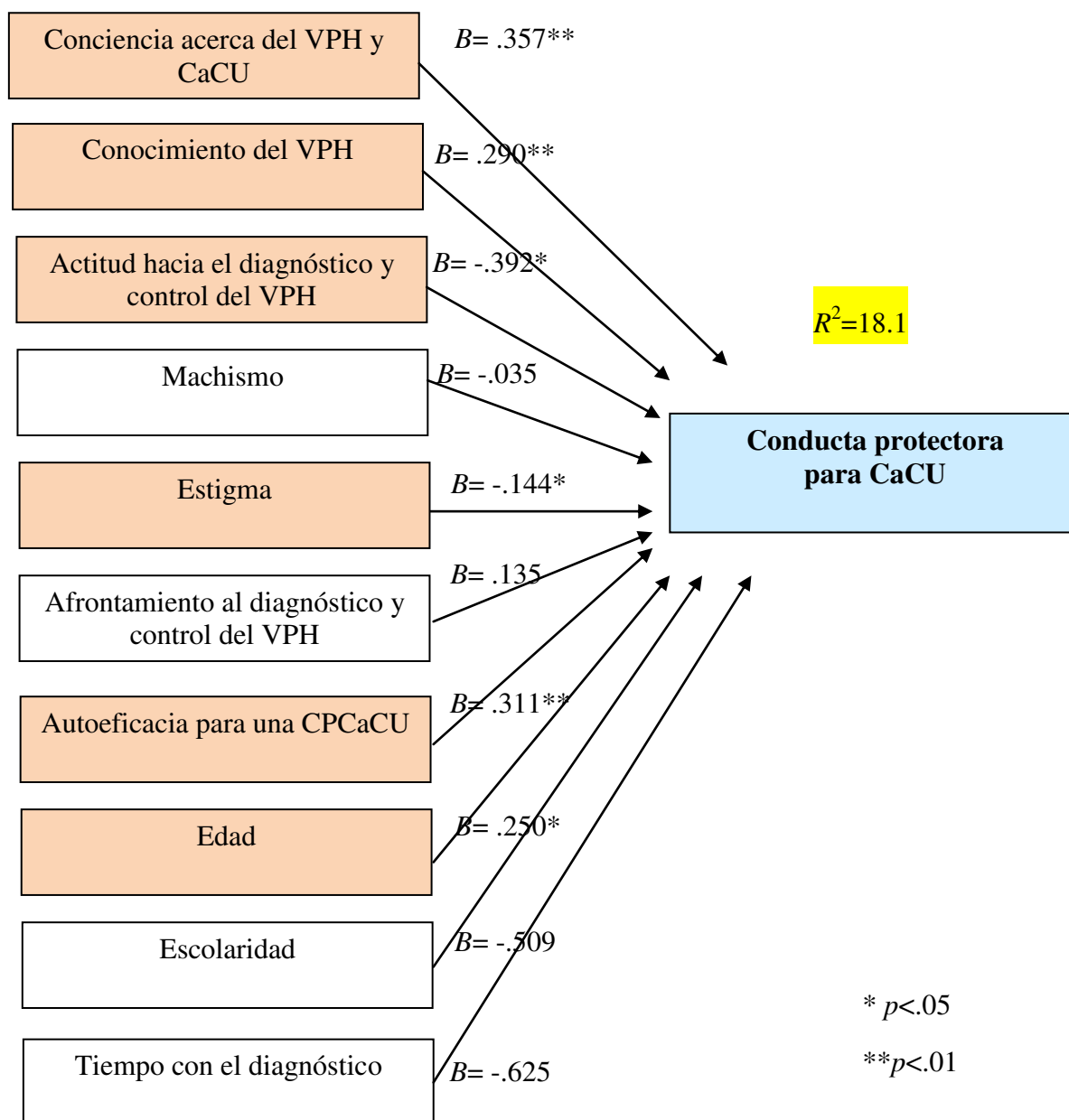


Figura 8. Efecto de las variables del estudio sobre la conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras del VPH.

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar los factores facilitadores e inhibidores, así como los indicadores de proceso que influyen en la conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras de VPH a partir del modelo de la transición descrito por Meleis (2010). Primeramente se discuten algunos aspectos sociodemográficos de mujeres que son portadoras del VPH y posteriormente los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos propuestos, finalizando con las conclusiones, limitaciones del estudio y recomendaciones.

Las participantes del estudio reportaron una edad promedio de 30 años, nivel académico con un promedio de 12 años equivalente a profesional en formación, solteras pero en una relación de pareja sexual estable y mencionaron como tiempo promedio de conocer el diagnóstico positivo de VPH 1.85 años. Este perfil coincide con algunos de los pocos estudios que se han realizado con mujeres que son portadoras de VPH (Hernández et al., 2006; Jeng et al., 2010; Machado et al., 2010; Vargas et al., 2014).

En relación con el presente estudio se analizaron algunas variables que de acuerdo a la literatura se han vinculado con la conducta protectora para CaCU, se incluyeron la conciencia acerca del VPH y CaCU, el conocimiento del VPH, la actitud hacia el control y diagnóstico del VPH, la percepción del machismo y estigma, el afrontamiento al diagnóstico del VPH, la autoeficacia hacia una CPCaCU, así como los indicadores que permiten identificar una CPCaCU.

En cuanto a la conciencia que tienen las mujeres acerca del VPH y CaCU, se encontró que las mujeres están conscientes de su diagnóstico y se perciben capaces para evitar desarrollar CaCU, resultados que coinciden con los encontrados por McCree et al. (2010), en su estudio la mitad de la población eran conscientes de su diagnóstico de VPH; por su parte Queiroz, Pessoa y Sousa (2005) reportan que todas las mujeres portadoras del VPH participantes en su estudio, estaban conscientes de la forma de

transmisión y de la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, los resultados de Arellano y Castro (2013) difieren a los del presente estudio; los autores encontraron que las mujeres al tener un diagnóstico positivo para esta enfermedad se autoperciben de forma negativa y les parece difícil enfrentar la situación, estos resultados pudieran atribuirse a que las mujeres participantes en el estudio tenían diferentes niveles de severidad en cuanto al diagnóstico, algunas mujeres ya presentaban desde una displasia severa hasta un CaCU in situ, por lo que esto pudiera dificultar que las mujeres enfrenten el diagnóstico y sus implicaciones. De acuerdo a Vargenes y Silva (2014) cuando las mujeres descubren ser portadoras de VPH requieren transitar por un proceso que les permita enfrentar la realidad y buscar la manera de hacer conciencia de la situación para lograr enfrentarla.

En cuanto al conocimiento que tiene la mujer acerca del VPH, se encontró que existe desconocimiento en relación al método de diagnóstico del virus, dato similar a lo reportado por Blödt et al. (2011) donde las mujeres desconocen si la citología cervical puede detectar el virus. Otro aspecto identificado en el presente estudio fue que en las mujeres existe confusión del virus con otras ITS y sus manifestaciones clínicas, específicamente confunden al VPH con el herpes; este hallazgo es similar a lo reportado por Fernández et al. (2009), donde hombres y mujeres debido a su escasa familiarización con el virus tienden a compararlo con el Sida u otras ITS.

En relación a la actitud que tienen las mujeres hacia el diagnóstico y control del VPH, ellas están dispuestas a aceptar y cumplir con el tratamiento para llevar un control de la enfermedad y consideran necesario mantener las medidas preventivas para evitar transmitir el virus; sin embargo, consideran que su vida está en peligro y les causa temor pensar que pueden morir de CaCU a causa de este virus. Estos resultados coinciden con los reportados por Fernández et al. (2009) quienes encontraron que las mujeres de su estudio interpretan un diagnóstico de VPH como un diagnóstico de cáncer y expresaron creencias fatalistas acerca de su tratamiento. Otro hallazgo en el presente estudio es que

la actitud de las mujeres se relaciona con la conciencia que tienen de lo que significa e implica ser portadoras de VPH, similar a estos resultados son los reportados por Silva y Gimenez (2005) quienes mencionan que las mujeres al recibir un diagnóstico de VPH al inicio presentan sentimientos de decepción y tristeza; sin embargo, al ser conscientes del diagnóstico reconocen la necesidad de cuidarse y ser optimistas para salir adelante.

De acuerdo a la literatura se ha identificado que la presencia de machismo se vincula con la toma de decisiones correspondientes a la sexualidad, esto cobra relevancia en las mujeres portadoras de VPH donde la toma de decisiones debe estar orientada hacia una CPCaCU. La percepción de machismo que tenga la mujer de su pareja sexual pudiera afectar negativamente, en el presente estudio se identificó una baja percepción de machismo, las mujeres no perciben conductas machistas en sus parejas sexuales. Este hallazgo difiere con los resultados encontrados en el estudio de Vargas et al. (2014) quienes identificaron una alta percepción de machismo, las mujeres manifestaron no sentirse dueñas de su cuerpo ni de su sexualidad pues piensan que son para uso del hombre, siendo un aspecto que dificulta la detección oportuna de ITS, ya que las mujeres no acuden al control ginecológico si el marido no les da permiso.

La baja percepción de machismo identificada en el presente estudio podría atribuirse a que las mujeres se han adaptado a la conducta de sus maridos y aceptan los comportamientos machistas como parte de su relación de pareja, esto puede estar influenciado por aspectos culturales. En México, la sexualidad aún se vive como un tabú donde el varón tiene autoridad por el cuerpo y sexualidad de la mujer lo que conlleva a que las mujeres acepten y no cuestionen, aspectos vinculados a una cultura machista aceptada por la mujer (Concha, Urritia & Riquelme, 2012; Vargas et al., 2014).

En lo correspondiente al estigma percibido, es importante destacar que las mujeres prefieren callar su diagnóstico del VPH para evitar ser juzgadas o estigmatizadas y se sienten culpables de ser portadoras del virus, estos resultados coinciden con los estudios previos realizados por Arellano y Castro (2013); Urrutia et al.

(2008) y Waller et al. (2007), quienes encontraron que el estigma es un factor altamente significativo en las poblaciones estudiadas, las mujeres al conocer su diagnóstico prefieren aislarse y mencionan sentir desconfianza, depresión e inseguridad para entablar una relación con otras personas que podrían estigmatizarlas al conocer su diagnóstico positivo para el VPH.

Ante un diagnóstico de VPH la mujer puede presentar una alteración no solo física si no también emocional, donde es importante que realice un análisis de su vida, su entorno y de lo que implica tener este diagnóstico sin olvidar considerar su estado emocional, este proceso es diferente en cada mujer (Meza et al., 2011) y la manera en que aceptan el diagnóstico y se adaptan a esta nueva situación definirá si existe un afrontamiento a la enfermedad, lo cual favorecerá para llevar una CPCaCU. Las mujeres del presente estudio se esfuerzan y hacen todo lo posible por buscar solución a su problema de salud, tratan de ser positivas y aprender de la experiencia que están viviendo; estos datos son similares a los reportados en el estudio de Meza et al. (2011) quienes mencionan que las mujeres de su estudio afrontan el diagnóstico a través de acciones y esfuerzos que regulan sus propios sentimientos orientados a disminuir el estrés que genera conocer el diagnóstico.

El proceso de afrontamiento al diagnóstico de VPH requiere el apoyo de profesionales de la salud donde el personal de enfermería cobra relevancia por tener una mayor interacción en aspectos relacionado con la promoción y prevención de la salud. Al respecto Castro y Arellano (2010) identificaron en su estudio que las mujeres manifestaron sentimientos de temor y angustia ante el diagnóstico, y esto es ligado al trato e información otorgada u omitida por profesionales de salud; así mismo, Stewart, Abbey, Shnek, Irvine y Grace, (2004) señalan que las mujeres desean recibir información clara por parte de los médicos y enfermeras. Por lo tanto, resulta importante que los profesionales de la salud y específicamente enfermería se involucren en el proceso de enfermedad que la mujer vive desde que recibe el diagnóstico y en conjunto

busquen las estrategias necesarias que ayuden a la mujer a afrontar el diagnóstico y transitar a una CPCaCU.

En relación a la autoeficacia para una CPCaCU, las mujeres se perciben capaces de utilizar condón en sus relaciones sexuales y asistir a la toma de la citología cervical. En cuanto a la autoeficacia para el uso del condón los resultados de este estudio revelan que las mujeres se sienten capaces para insistir en el uso de condón y usarlo correcta y consistentemente cada vez que tengan relaciones sexuales. Estos resultados coinciden con el estudio de Noboa y Serrano (2006) quienes mencionan que las mujeres expresaron interés por protegerse, decirle a su pareja que utilice protección, explicarle por qué e insistir en su posición de protegerse.

En cuanto a la autoeficacia para la toma de la citología cervical, las mujeres se sienten capaces de acudir a realizarse este examen diagnóstico aunque le dé pena decirle a su pareja que tiene que realizárselo, aunque le haya causado dolor la última vez que se lo realizó o aunque le de miedo que le puedan diagnosticar CaCU. Estos resultados coinciden con los reportados por Luna y Sánchez (2014) quienes mencionan que las mujeres identifican que para evitar que una infección por VPH avance a cáncer cervical es importante realizarse el Papanicolaou frecuentemente.

Para que una mujer transite a una conducta protectora para CaCU se requiere que ante un proceso de salud/enfermedad se logre afrontar y desarrollar los mecanismos necesarios que le permitan tomar las medidas necesarias para el cuidado de su salud. En relación con el VPH la conducta protectora implica tener una pareja sexual estable, el uso del condón, el control de la citología cervical y la comunicación protectora con su pareja acerca de la salud sexual.

De acuerdo a lo anterior, en el presente estudio se identificó que las mujeres se encuentran en una relación sexual estable, es decir con una sola pareja, resultado que concuerda con lo encontrado por Machado et al. (2010). En lo correspondiente al uso del condón, la mitad de las mujeres participantes en el estudio mencionó no haber utilizado

el condón durante los últimos tres meses; este comportamiento podría estar influenciado por el predominio de una relación sexual estable, donde los ideales maritales están centrados en la fidelidad y la confianza en la pareja. Esto es congruente a lo reportado por Vargas et al. (2014) quienes reportan que las mujeres participantes en su estudio no utilizan el condón como una medida de prevención contra las infecciones de transmisión sexual sino como un método anticonceptivo.

En cuanto al control mediante la citología cervical, la mitad de las mujeres no tiene planes de cuando, donde ni con qué frecuencia se realizará la prueba, estos hallazgos contradicen la percepción de autoeficacia reportada por las mujeres, si bien ellas se consideran autoeficaces para realizarse la citología, no llevan un control de su enfermedad mediante este método diagnóstico. Este hallazgo puede atribuirse al miedo, vergüenza e incomodidad vinculada con el procedimiento, así como con la falta de conocimiento acerca de la prueba diagnóstica, aspectos identificados previamente por Urritia et al. (2008).

En cuanto a la comunicación protectora en salud sexual, los resultados demuestran que muy pocas mujeres le han preguntado a su pareja si él había tenido alguna enfermedad sexual como el VPH. Este hallazgo es congruente a lo reportado en la literatura, las mujeres identifican deficiente comunicación con su pareja en temas de sexualidad (Luna & Sánchez, 2014).

En relación con el modelo de interacción de variables vinculadas a una conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras de VPH, en el presente estudio se identificó que las mujeres que están conscientes acerca del VPH y su relación con el CaCU presentan una mejor actitud hacia el diagnóstico y control del VPH, resultados que coinciden con los reportados por Vargens y Silva (2014) quienes mencionan que para las mujeres descubrir ser portadora de VPH significa tener que enfrentar la realidad del diagnóstico y, en consecuencia, tener que adaptarse a esta nueva realidad. Al respecto Meleis (2010) señala que la conciencia es un elemento importante para que la persona

comprenda su experiencia, así como sus consecuencias para la salud. El tener un diagnóstico positivo de este virus puede ocasionar pensamientos fatalistas, pero si la mujer logra hacer conciencia e iniciar su transición en salud, su actitud y pensamientos estarán enfocados en buscar apoyo clínico y psicológico para enfrentar la realidad que conlleva ser portadora de VPH.

Sin embargo; la conciencia no se relacionó con el conocimiento, machismo y el estigma. En relación con el conocimiento esto es congruente con los resultados de McCree et al. (2010) quienes encontraron que las mujeres participantes en su estudio eran conscientes de la enfermedad a pesar del bajo conocimiento. De acuerdo a la literatura la percepción de machismo se relaciona negativamente con las variables vinculadas con una CPCaCU, en el presente estudio el machismo no se relacionó con el resto de las variables planteadas y esto pudiera atribuirse a que las mujeres reportaron baja percepción de machismo en su pareja, así mismo reportaron baja estigma.

El afrontamiento al diagnóstico de VPH y la autoeficacia para una CPCaCU forman parte del proceso de transición y ambas pueden contribuir o limitar una CPCaCU en mujeres que portan este virus. Los resultados demuestran que una actitud favorable hacia el diagnóstico y control del VPH y una baja percepción de estigma, contribuyen en el afrontamiento al diagnóstico del VPH.

En cuanto a la actitud, la relación con el afrontamiento puede atribuirse a que la mujer al presentar una actitud de disposición para aceptar y cumplir con el tratamiento del VPH, cambiar su estilo de vida, cumplir con el control citológico indicado entre otras, favorece el afrontamiento de la situación donde la mujer aprende a vivir con el diagnóstico y lo que implica el cuidado de su salud y sexualidad. Esto es congruente a lo reportado por Silva y Gimenez (2005) quienes encontraron que las mujeres portadoras de VPH participantes en su estudio con una edad promedio de 33.5 años revelaron que el diagnóstico de VPH las hizo reflexionar sobre algunas actitudes previas en su vida y

demuestran una actitud optimista, preocupación e interés para enfrentar el problema y cuidar su salud.

En cuanto al estigma, los resultados reportan valores bajos los cuales favorecen el afrontamiento al diagnóstico de VPH; las mujeres se perciben capaces para aceptar y adaptarse a la situación de ser portadora de VPH. Se identificaron también algunas características personales como la edad, escolaridad y el tiempo con el diagnóstico que influyen sobre el afrontamiento a la enfermedad, es decir, a mayor edad y años de escolaridad cursados mayor será la capacidad para afrontar el diagnóstico. Estudios previos relacionados al afrontamiento de la mujer en diversas enfermedades reportan que las participantes que afrontan el diagnóstico se ubican en un rango de edad entre los 30 y 60 años (Haro-Rodríguez, 2014; Pescador, Arellano, Ortega, Alvarado & Estrada, 2011). En relación con la escolaridad, existe evidencia que la escolaridad se vincula con el cuidado a la salud, donde a mayor número de años de escolaridad cursados mejores comportamientos en relación al cuidado de su sexualidad (Sarduy, Sarduy & Collado, 2015).

En cuanto al tiempo con el diagnóstico se encontró que a menor tiempo de ser diagnosticada positiva al virus, mayor es el afrontamiento. Esto es relevante de acuerdo a lo reportado en la literatura, las mujeres al recibir un diagnóstico de VPH sufren de inicio un impacto emocional debido a la severidad del problema lo que puede generar que desarrollen estrategias que les permitan afrontar la situación que viven (Vargens & Silva, 2014), este aspecto debe ser considerado por los profesionales de enfermería para iniciar la orientación oportuna para un adecuado manejo clínico y psicológico en caso necesario.

Se identificó que las mujeres con mayor conocimiento del VPH y una actitud favorable hacia el diagnóstico y control del VPH y mayor edad fueron las que presentaron una mayor autoeficacia para una CPCaCU, esto coincide con Wright, Holcombe y Salmon (2004) quienes mencionan que ha mayor información sobre el

estado de salud, menores niveles de ansiedad, así como una mejor adherencia al tratamiento.

De acuerdo a Meleis (2010), una conducta está vinculada con el proceso de transición, lo cual determina que el resultado sea favorable o desfavorable para el cuidado de la salud. En este caso la conducta protectora está determinada por el proceso de transición de la mujer hacia el afrontamiento al diagnóstico y control del VPH así como la autoeficacia para una CPCaCU. En el presente estudio se identificó que las mujeres que llevan a cabo una CPCaCU son las que presentan una mayor autoeficacia para una CPCaCU, así como las de mayor edad.

Por lo anteriormente señalado, cabe señalar que durante el proceso de transición que vive una mujer portadora de VPH, el profesional de enfermería debe considerar la búsqueda de estrategias necesarias y oportunas para lograr que la mujer logre el afrontamiento del diagnóstico y se sienta capaz de cumplir con los requisitos que definen una CPCaCU.

Limitaciones del Estudio

A continuación se reportan las limitaciones que se presentaron en el estudio referente a la metodología, análisis y resultados. Una limitación del estudio puede atribuirse al muestreo por conveniencia para identificar a mujeres con diagnóstico de VPH, por lo tanto estos resultados no pueden ser generalizados a una población de mujeres portadoras de VPH. Es importante mencionar que si bien se había planteado un muestreo aleatorio, esto no fue posible debido a no contar con una base de datos de registro de mujeres adscritas en unidades de salud, por lo que fue necesario aplicar un procedimiento de reclutamiento para identificar a las mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión para participar en el estudio; esto favoreció la participación de mujeres con un perfil caracterizado por una edad promedio de 30 años, una escolaridad en nivel de formación profesional y menos de dos años de ser diagnosticadas con VPH

positivo, por lo que los hallazgos no pueden ser generalizados a mujeres identificadas como portadoras del VPH.

Los instrumentos utilizados para las variables estudiadas se consideran apropiados; sin embargo, es importante considerar la medición del machismo a través de una herramienta más objetiva y realizarla directamente en la pareja de la mujer portadora de VPH y de esta manera conocer si existen o no conductas machistas en la población estudiada que influyan en las mujeres hacia una CPCaCU. Por lo anterior los resultados en relación a la percepción de machismo deben ser verificados a través de futuras investigaciones.

Conclusiones

En relación a los resultados obtenidos se puede concluir que las mujeres participantes en el estudio cuentan con un perfil caracterizado por un promedio de 30 años de edad, tienen una pareja sexual estable y 1.8 años con el diagnóstico positivo de VPH, viven un proceso de transición donde algunos factores han contribuido positiva y negativamente para lograr tener una conducta protectora y evitar desarrollar CaCU.

Se identificó el proceso de transición que vive la mujer portadora de VPH hacia una CPCaCU; las mujeres son conscientes de lo que significa ser portadora del VPH y la relación directa que tiene el virus con el CaCU, consideran tener la capacidad para evitar transmitir el virus y desarrollar CaCU. Estos aspectos se reflejan en la actitud que demuestran con su disposición para aceptar y cumplir con el tratamiento y todas las medidas que implique tener que llevar a cabo para el cuidado de su salud sexual, entre ellas las medidas preventivas como el uso del condón, no tener múltiples parejas sexuales y acudir a la programación del control ginecológico.

Ante un diagnóstico de VPH, la mujer necesita afrontar el diagnóstico para lograr implementar conductas protectoras, y dicho afrontamiento está determinado por la actitud hacia el diagnóstico, la percepción de estigma, así como la edad, escolaridad y el tiempo con el diagnóstico. La actitud favorable que tienen las mujeres y su interés por

aprender y enfrentar la situación contribuye directamente en el esfuerzo que aplican para la búsqueda de solución al problema y hacer todo lo posible para cuidar su salud.

La autoeficacia de las mujeres hacia una conducta protectora se asoció con el conocimiento acerca del VPH, la actitud y la edad. Las mujeres conocen del VPH y se sienten autoeficaces para protegerse mediante el uso del condón así como cuidar su salud mediante el control citológico, esto se refleja en una actitud favorable para aceptar el tratamiento y lo que implica un diagnóstico positivo de VPH. La edad en las mujeres es un factor también importante donde el grado de madurez favorece la conciencia acerca del VPH y el CaCU y contribuye a la autoeficacia para una conducta protectora.

La CPCaCU de la mujer portadora de VPH está determinada por la autoeficacia para una CPCaCU y la edad. Las mujeres a mayor edad, se sienten autoeficaces para llevar a cabo una CPCaCU, esto contribuye en la toma de decisiones y el dominio de las medidas de protección que incluye tener una pareja sexual estable, usar el condón como un método de protección, llevar un control de la enfermedad mediante la citología cervical y fomentar una buena comunicación en salud sexual con su pareja. Sin embargo, un hallazgo que vale la pena considerar es que si bien las mujeres se sienten autoeficaces para llevar una CPCaCU, los resultados revelan que es necesario ejecutar las medidas de protección.

El desarrollo del presente trabajo de investigación facilitó la identificación de aquellos factores que pueden intervenir para inhibir o facilitar la transición hacia el cuidado a la salud en mujeres que son diagnosticadas con VPH. Se identificaron factores personales y sociales que limitan o favorecen este proceso de transición, estos deben ser considerados un área de oportunidad para mejorar la CPCaCU mediante un trabajo conjunto entre los profesionales de la salud y la población afectada. Enfermería juega un rol muy importante en este proceso, las mujeres necesitan recibir orientación y consejería apropiada y oportuna para empoderarse y cumplir con los indicadores que marcan una conducta saludable y evitar desarrollar el CaCU.

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación marcan la pauta para abordar tanto el aspecto clínico como el psicológico en mujeres que reciben un diagnóstico positivo para este virus, si este problema de salud es atendido de forma oportuna y la mujer recibe la orientación adecuada para el manejo de la enfermedad, su transición a una conducta protectora será efectiva y se adaptará a su nuevo rol sin afectar en su desarrollo personal y social.

Ser portadora del VPH genera cambios en el control de su salud y aspectos relacionados a sus emociones y sentimientos que necesitan ser considerados en futuras investigaciones así como reforzar la práctica clínica para lograr empoderar a esta población vulnerable. Si bien la literatura revela la estrecha relación que tiene el VPH con el CaCU, existe una alta probabilidad que no todas las mujeres con VPH desarrollen CaCU.

Recomendaciones

En lo correspondiente a la práctica clínica, se recomienda fortalecer en la población el conocimiento acerca del VPH y su relación estrecha con el CaCU a través de los programas de promoción y prevención de la salud con énfasis en todos los grupos de edad en riesgo y vulnerables ante este problema de salud mundial. El VPH es una infección de transmisión sexual que cuenta con estándares establecidos para el manejo y control del mismo, se debe considerar que cada mujer vive una experiencia única y con necesidades diferentes, específicamente en el aspecto emocional, debido a esto, un abordaje directo e individualizado puede favorecer el proceso de transición posterior a recibir un diagnóstico de VPH a través de afrontar el diagnóstico y desarrollar las capacidades para llevar una CPCaCU.

Se recomienda ofrecer programas de capacitación permanentes en relación con el manejo y control del VPH al equipo multidisciplinar involucrado en la atención a esta población afectada, y canalizar a las pacientes que necesiten un apoyo psicológico con profesionales indicados para el manejo psicológico individual y/o de pareja.

Establecer herramientas que faciliten el control, diagnóstico y tratamiento mediante el diseño de una base de datos profesional del registro actualizado de las mujeres diagnosticadas con el VPH, esto contribuirá a la identificación de la población afectada para dar el seguimiento oportuno y disminuir los índices de morbilidad y mortalidad.

En relación a las recomendaciones para la investigación, el abordaje cuantitativo ha llenado un vacío en la literatura en cuanto a los factores que se relacionan con la CPCaCU en mujeres portadoras de VPH; sin embargo, se sugiere realizar futuras investigaciones con un diseño mixto debido a la relación que tienen las variables estudiadas con el aspecto emocional y psicológico de la mujer, aspectos que medidos cuantitativamente no pueden ser abordados a profundidad.

Desarrollar estudios de intervención dirigidos a fortalecer los factores que presentan un efecto positivo en la CPCaCU, es relevante incluir la conciencia acerca del VPH y CaCU, la actitud de la mujer hacia el diagnóstico y control del VPH, el conocimiento, el afrontamiento al diagnóstico y la autoeficacia para una CPCaCU, así como disminuir aquellos que presentan un efecto negativo como la percepción de estigma.

Referencias

- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
- Araujo, M., Delgado, S., López, M. (2007). *Actitud de las mujeres entre 15-25 años al ser diagnosticadas de infección por el virus papiloma humano en la consulta de infecciones de transmisión sexual del ambulatorio "Rosa María de Lira", Araguaita municipio Guacara estado Carabobo*. (Disertación tesis licenciatura). Recuperada Repositorio Institucional de la Universidad Central de Venezuela. Escuela de enfermería.
- Arellano Gálvez, M. D. C., & Castro Vásquez, M. D. C. (2013). El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 21(42), 259-278.
- Bebis, H., Gulesen, A., & Ortabag, T. (2013). Knowledge and attitudes of Turkish young adult men regarding HPV and HPV related diseases. *Journal of Behavioral Health*, 2(1), 52-58.
- Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & health*, 24(6), 518-529.
- Bingham, A., Bishop, A., Coffey, P., Winkler, J., Bradley, J., Dzuba, I., & Agurto, I. (2003). Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Pública de México*, 45, 408-416.
- Blödt, S., Holmberg, C., Müller-Nordhorn, J & Rieckmann, N (2011). Human Papillomavirus awareness, knowledge and vaccine acceptance: A survey among 18-25 year old male and female vocational school students in Berlin, Germany. *European Journal of Public Health*, 22(6), 808–813.

- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of cross-cultural psychology*, 1(3), 185-216.
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (7th ed.) St. Louis, Missouri.
- Canaval, G.E., Jaramillo, C.D., Rosero, D.H & Valencia, M.G. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*, 7(1), 8-24.
- Cardona-Arias, J., Puerta-Suárez, J., & Flórez-Duque, J. (2011). Prevalencia del virus papiloma humano y sus factores de riesgo en hombres: revisión sistemática. *Infectio*, 15(4), 268-276.
- Castanedo, C.I.M., Escaño, C.V., Rebola, G.P. (2013). Enfermería y el virus del Papiloma Humano, a propósito de un caso. *Enfermería Docente*; 100: 23-27.
- Castro, M.C & Arellano, M.C. (2010). Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud Pública de México*, 52 (3), 207-212.
- Catania, J. A. (1998). The health protective communication scale. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures*, 44–546. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis of the Behavioral Sciences*. New York. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Concha, X., Urrutia, T., & Riquelme, G. (2012). Creencias y virus papiloma humano. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(2), 87-92.
- De Haro-Rodríguez, M. A., Gallardo-Vid, L. S., Martínez, M. L. M., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., & Hernández, E. P. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99.

- Díaz, C.L., Rosas, M.A., & González, M.T. (2010). Escala de Machismo Sexual (EMS-Sexismo-12): diseño y análisis de propiedades psicométricas. *SUMMA Psicológica UST*, 7 (2) 35 – 44.
- Elashoff, J., Dixon, J.W., Crede, K. M., y Fotheringham, N. (2000). nQuery Advisor (Programa de Computadora). Boston MA: Release 4.8, Study Planning Software
- Escobar, G.M (2007). Relación entre las conductas sexuales y algunas patologías crónicas del tracto genital inferior femenino. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 165 – 177.
- Fawcett, J. (1999). *The relationship between theory and research* (3rd ed.). Philadelphia, EE.UU.: Lippincott William & Wilkins.
- Fernández, M.A., Tortolero, G., Gold, R.S & Mammo. (1998). Graphy and Pap test screening among low-income foreign-born Hispanic women in USA. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(3), 133-147.
- Fernández, M.E., McCurdy, S.A., Arvey, S.R., Tyson, S.K., Morales-Campos, D., Flores, B.,...Sanderson, M. (2009). HPV knowledge, attitudes, and cultural beliefs among Hispanic men and women living on the Texas-Mexico Border. *Ethnicity & Health*, 14(6), 607–624.
- Flórez, L., Alarcón., Rubio León, D.C. (2013).Cuestionarios para evaluar la conducta de toma de citología según el modelo de aproximación de procesos a la acción saludable. *Psicología y Salud*, 21(2), 145-155.
- Godoy, P. (2011). La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gaceta Sanitaria*, 25(4), 263-266.
- Grimaldo, M. (2005).Propiedades Psicométricas de la escala de toma de citología según el modelo de aproximación de procesos a la acción saludable. *Psicología y Salud*, 21(2), 145-155.
- Haro-Rodríguez, D., Antonieta, M., Gallardo-Vidal, L. S., Martínez-Martínez, M. L., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., & Hernández, E. P. (2014).

- Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99.
- Hernández, C.V., Aguilar, C.F.J., Toraño, Z.V.H., Sandoval, J.L., Ceballos, M.Z.I (2006). Identificación de mecanismos de transmisión del virus papiloma humano en mujeres infectadas. *Medigraphic Artemisa*, 14(2), 75-79.
- Hirsch, J. S., Higgins, J., Bentley, M. E., & Nathanson, C. A. (2002). The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease–HIV risk in a Mexican migrant community. *American Journal of Public Health*, 92(8), 1227-1237.
- Ingledue, K., Cottrell, R., & Bernard, A. (2004). College women's knowledge, perceptions, and preventative behaviors regarding HPV and cervical cancer. *American Journal of Health Studies*, 19(1), 28-35.
- Instituto Nacional de Cáncer (INC) (2014). Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/>.
- Jeng, C. J., Lin, H., & Wang, L. R. (2010). The effect of HPV infection on a couple's relationship: A qualitative study in Taiwan. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 49(4), 407-412.
- León, L., Allen, B., & Lazcano, E. (2014). Consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical: un estudio cualitativo sobre necesidades de mujeres de Michoacán, México. *Salud Pública de México*, 56(5), 519-527.
- Lewis, M.J (2004). Análisis de la Situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: *Organización Panamericana de la Salud*.
- López, F. & Moral, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43(5), 421-432.
- Luna-Blanco, M. A., & Sánchez-Ramírez, G. (2014). Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. *LiminaR*, 12(2), 67-80.

- Machado, M. D. F. A. S., Araújo, M. A. L., Mendonça, L. M. D. C., & Silva, D. M. A. D. (2010). Comportamento sexual de mulheres com papiloma vírus humano em serviços de referência de Fortaleza, Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(1).
- McCree, D. H., Daley, E. M., Gorbach, P., Hamm, R. M., Sharpe, P. A., Brandt, H. M.,... & Lawrence, J. S. S. (2010). Awareness of diagnosis and knowledge of HPV in women patients: Data from a multi-site study. *American Journal of Health Education*, 41(4), 197-205.
- McCutcheon, T (2014). Concept analysis: health-promoting behaviors related to human papilloma virus (hpv) infection. *Nursing Forum: An independent voice for nursing*, 1-8.
- Meleis, A.I (2010). Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research an practice. New York: *Springer Publishing Company, LLC*.
- Menendez, L.R; Rodriguez, G; Salabarría, M; Izquierdo, M (2008). La adolescencia y su importancia para la vida. *Archivos de Medicina*, 4 (5), 1-7.
- Meza, M.P., Mancilla, J., Morales, F., Sánchez, C., Pimentel, D., & Careño, J. (2011). Adaptación psicológica en mujeres con infección por virus de papiloma humano. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(1), 17-22.
- Noboa Ortega, P., & Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 21-43.
- O'Leary, A., Jemmott, L.S., & Jemmott, J.B. (2008). Mediation analysis of an effective sexual risk-reduction intervention for women: The importance of self-efficacy. *Health Psychology*, 27,180-4., doi: 10.1037/0278-6133.27.2 (Suppl.).S180.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

- Peragallo, N., De Forge, B., O'Campo, P., Lee, S., Kim, Y., Cianelli, R., & Ferrer, L. (2005). A Randomized clinical trial of an HIV -risk reduction intervention among low- Income latina women. *Nursing Research*, 54(52), 108-118.
- Pescador, Y. L., Arellano, G. S., Ortega, L. L., Alvarado, M. G., & Estrada, M. C. O. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Revista Cuidarte*, 2(1), 96-104.
- Picón, R.M (2009). Conocimientos, Percepciones, y Prácticas de Mujeres Jóvenes Acerca del Papiloma Virus Humano. Independent Study Project (ISP) Collection. Paper 732. http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/732.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). Diseños de muestreo. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 285-289.
- Povlsen, L & Borup, I.K. (2011). Holism in nursing and health promotion: distinct or related perspectives?: A literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 798–805.
- Queiroz, D. T., Pessoa, S. M. F., & Sousa, R. A. (2005). Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV): incertezas e desafios. *Acta paulista enfermagem*, 18(2), 190-6.
- Rocha Buelvas, A., Bologna Molina, R., & Rocha Buelvas, C. (2012). Virus del papiloma humano y el cáncer de cabeza y cuello: revisión de la literatura desde México y Colombia. *Universitas. Odontológica*, 30(67), 149-157.
- Sarduy Lugo, M., Sarduy Lugo, A., & Collado Cabañín, L. E. (2015). Nivel de conocimientos sobre VIH/sida en estudiantes de secundaria básica. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(4), 0-0.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>
- Shepherd, J.J., Peersman, G., Napuli, I. (1999). Interventions for encouraging sexual lifestyles and behaviours intended to prevent cervical cancer. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD001035. DOI:
10.1002/14651858.CD001035.

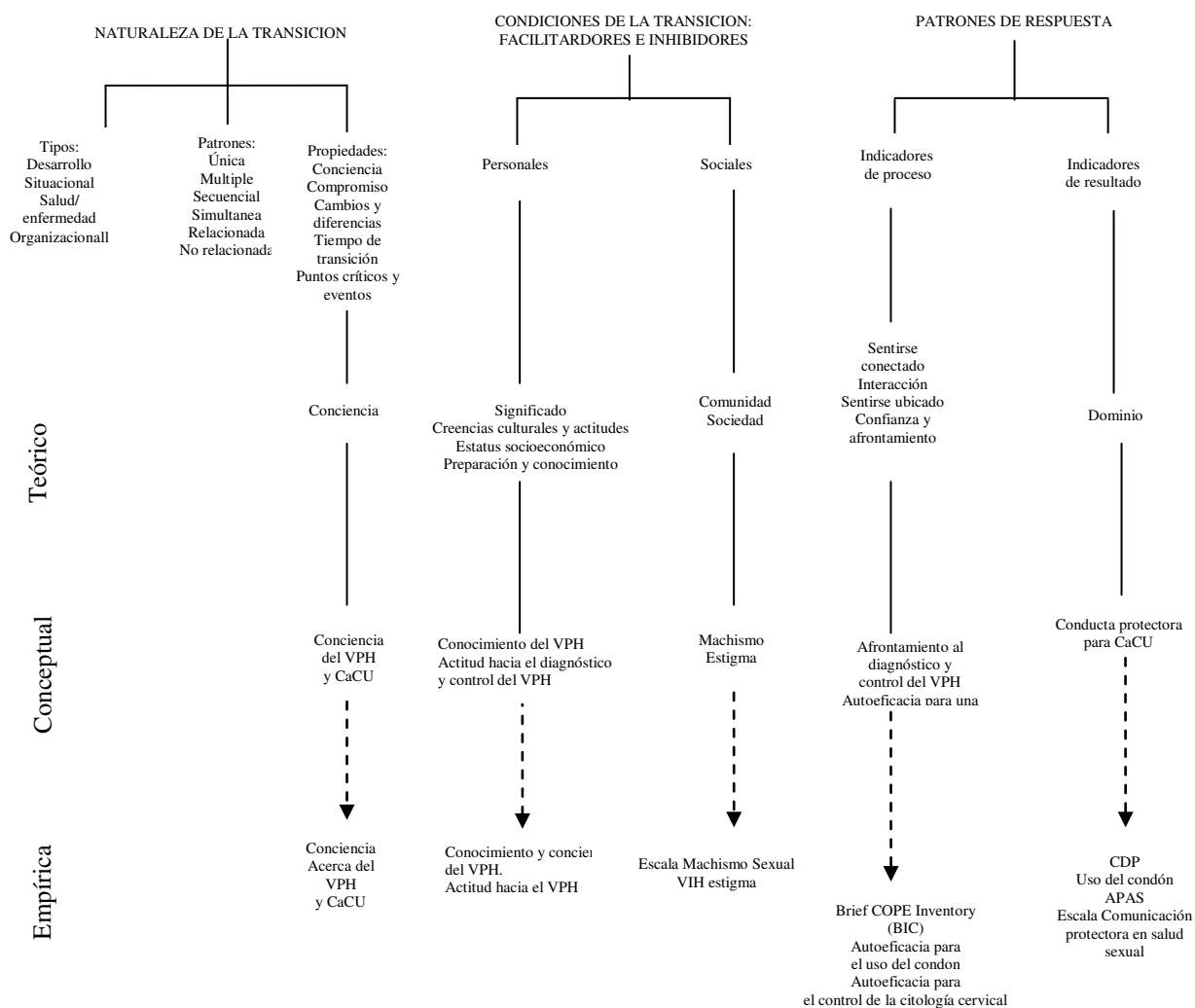
- Silva Marques, M. F.M. L., & Gimenez, G. M.T (2005). Percepción de un grupo de mujeres acerca del hecho de ser portadoras del VPH. *Ginecología y obstetricia de México*, 73(10), 531-536.
- Stewart, D. E., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J., & Grace, S. L. (2004). Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosomatic Medicine*, 66(1), 42-48.
- Urrutia, M. T., Poupin, L., Concha, X., Viñales, D., Iglesias, C., & Reyes, V. (2008). ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaú?: Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(2), 98-103.
- Vargas, E.R., Quiroz, E. D., Galicia, L., Villarreal, E. (2014). Experiencia vivida de mujeres al ser diagnosticadas con virus del papiloma humano. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 22(1), 5-12
- Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez, L. & Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24
- Vargens, O. M. D. C., & Silva, C. M. (2014). Tendo que se adaptar a uma realidade incontestável e inesperada: ser portadora do HPV. *Revista enfermagem. UERJ*, 22(5), 643-648.
- Waller, J., Marlow, L. A., & Wardle, J. (2007). The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety. *Sexually Transmitted Infection*, 83(2), 155–159. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598611/>.

- Wigfall, L., Rawls, A., Sebastian, N., Messersmith, A., Pirisi-Creek, L., Spiryda, L., ... & Glover, S. H. (2012). HPV high risk and protective behaviors: The effects of religious affiliation. *Journal of religion and health*, 51(4), 1325-1336.
- Wright, E. B., Holcombe, C., & Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *British Medical Journal*, 328(7444), 864.
- Yacobi, E., Tennant, C., Ferrante, J., Pal, N., & Roetzheim, R. (1999). University students' knowledge and awareness of HPV. *Preventive medicine*, 28(6), 535-541.

Apéndices

Apéndice A

Estructura Teórica Conceptual Empírica para el Modelo de Conducta Protectora para Cacu en Mujeres Portadoras del VPH



Apéndice B

Consentimiento Informado del Paciente

Modelo de conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras de VPH

Introducción y Propósito

La ME. Gloria Maricela Guerra Rodríguez me ha preguntado si quiero participar en un estudio de investigación, con el propósito de determinar los factores que influyen en la conducta protectora para CaCU en mujeres portadoras de VPH. Esta investigación se realizará con el fin de recolectar información para el desarrollo de estrategias en el cuidado de la salud y prevención del CaCU. También me explicó que la información que recolecte la ME. Guerra será utilizada para fines científicos y le permitirá avanzar en su trabajo de Tesis de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Procedimientos

La ME. Guerra me explicó que mi colaboración consistirá en que me realizará una valoración de mi conducta hacia la prevención del CaCU, a través de unos instrumentos. Se me ha explicado que al contar con alguna duda durante la valoración existe la oportunidad de aclararla.

Riesgos/Beneficios

Se me informó que el estudio no implicará para mi ningún tipo de riesgo, también que mi participación es de suma importancia ya que con los resultados de la investigación se podrán realizar mejoras en la atención de las mujeres portadoras del VPH para prevenir el desarrollo del CaCU, además, se me aclaró que no obtendré ganancias económicas.

Participación Voluntaria/Abandono

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que lo crea pertinente, además, me informó que esta decisión no me afectará en mi atención médica.

Preguntas

En caso de dudas o aclaraciones de este estudio me podre comunicar a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83-48-18-47 en un horario de 8:00 am a 5:00 pm.

Confidencialidad

Me ha comunicado que la información que obtenga de mi participación será para fines de investigación, los investigadores serán las únicas personas autorizadas para el manejo de ésta. También se me informó que no se revelarán mis datos personales y los datos se darán a conocer de manera general.

Consentimiento para participar en el estudio

Se me ha explicado en qué consiste el estudio, incluyendo posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

_____	_____/_____/_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del Investigador	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del primer testigo	Fecha
_____	_____/_____/_____
Nombre y Firma del segundo testigo	Fecha

Apéndice C
Cédula de Datos Personales

Folio_____

Fecha____/____/____

A. Información General

I.- Elija marcando con una X la respuesta adecuada a su información personal o conteste según corresponda.

Edad _____ años cumplidos

Escolaridad _____ años cumplidos

Nivel alcanzado de escolaridad

- a) Primaria_____
- b) Secundaria_____
- c) Preparatoria_____
- d) Carrera técnica _____
- e) Universidad_____
- f) Ninguno_____

Estado civil

- a) Soltera_____
- b) Casada_____
- c) Divorciada_____
- d) Viuda_____
- e) Unión libre _____

Tipo de relación de pareja

Actualmente usted:

a) Se encuentra en una relación sexual estable (con una sola pareja)

SI_____ NO_____

b) Tiene varias parejas sexuales SI_____ NO_____

c) Vive con su pareja: SI_____ NO_____

d) Si su respuesta es NO señale el

motivo:_____

Tiempo de relación: _____años_____ meses_____ días _____

Tiempo con el diagnóstico positivo del VPH_____

Apéndice D

Escala de Conciencia acerca de VPH y CaCU

(Ingledue, 2004)

Este cuestionario evalúa la conciencia mediante la percepción de amenaza a CaCU.

I.- Exprese su opinión con las siguientes frases. Responda honestamente utilizando las siguientes opciones.

Reactivos	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Me preocupa desarrollar el cáncer de cuello uterino	5	4	3	2	1
2. Me preocupa ser portadora del Virus del Papiloma Humano (VPH)	5	4	3	2	1
3. Creo que estoy en riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino	5	4	3	2	1
4. Creo que estoy en riesgo de transmitir el VPH	5	4	3	2	1
5. Todas las mujeres tienen las mismas probabilidades de desarrollar cáncer de cuello de útero, que está más allá de mi control personal	5	4	3	2	1
6. Mis probabilidades de contagiar el VPH son altos	5	4	3	2	1
7. Tengo la capacidad para evitar el cáncer de cuello uterino	5	4	3	2	1
8. Tengo la capacidad de evitar la transmisión del VPH	5	4	3	2	1

Reactivos	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
9. Entre las enfermedades que puedo imaginar desarrollar, el cáncer del cuello uterino es el más grave	5	4	3	2	1
10. Creo que el VPH se puede controlar con el tratamiento médico adecuado	5	4	3	2	1
11. El cáncer cervical es a menudo curable con la detección temprana y el tratamiento médico adecuado	5	4	3	2	1
12. El VPH es una enfermedad potencialmente mortal	5	4	3	2	1

Apéndice E

Escala de Conocimiento y Conciencia del VPH

(Yacobi, Tennant, Ferrante, Pal, Roetzheim, 1999)

I.-Marque con una **X** la opción que exprese su conocimiento ante los enunciados que se presentan a continuación.

Reactivo	Verdadero	Falso	No lo sé
1. El VPH es el virus que causa el herpes	1	0	0
2. Las verrugas genitales son causadas por el VPH	1	0	0
3. El VPH es el virus que pueda causar cáncer de cuello uterino	1	0	0
4. La mejor manera de prevenir las complicaciones causadas por el VPH es realizarse las pruebas de Papanicolaou regulares	1	0	0
5. Si la prueba de Papanicolaou de una mujer es normal, ella no tiene el VPH	1	0	0
6. Los cambios en una prueba de Papanicolaou pueden indicar que una mujer tiene el VPH	1	0	0
7. Las verrugas genitales son causadas por el virus del herpes	1	0	0
8. El VPH pueda causar cáncer	1	0	0
9. Las pruebas de Papanicolaou casi siempre detectan el VPH	1	0	0
10. El VPH puede generar: crecimientos verrugosos	1	0	0
11. Si no se trata, el VPH puede causar pre-cáncer o displasia cervical	1	0	0
Aumenta el riesgo de contraer el VPH:			
12. Tener sexo antes de los 16 años	1	0	0
13. Tener múltiples parejas sexuales	1	0	0
14. Su pareja tenga muchas parejas sexuales	1	0	0

Apéndice F

Escala de Actitud hacia el VPH

(Araujo, Delgado & López, 2007)

I.- Marque con una **X** la opción que exprese su disposición ante los enunciados que se presentan a continuación.

Reactivo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Estoy dispuesta a aceptar el tratamiento para controlar la Infección por VPH	5	4	3	2	1
2. Me complace tener relaciones con mi pareja después de conocer el diagnostico	5	4	3	2	1
3. Considero que el VPH es una Infección de Transmisión Sexual	5	4	3	2	1
4. Estoy dispuesta a aceptar las limitaciones que implican el VPH	5	4	3	2	1
5. Me desagrada asistir al control de Papanicolaou	5	4	3	2	1
6. Considero necesario el cumplimiento del tratamiento para el VPH	5	4	3	2	1
7. Tengo interés en cambiar mi estilo de vida sexual	5	4	3	2	1
8. Estimo que el VPH pone en peligro mi vida	5	4	3	2	1
9. Me agrada acudir a la consulta para recibir tratamiento para controlar el VPH	5	4	3	2	1
10. Estoy dispuesta a utilizar preservativos para evitar la propagación del VPH	5	4	3	2	1
11. Considero que el Papanicolaou puede determinar la Infección por VPH	5	4	3	2	1

Reactivo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12. Estaría dispuesta a iniciar una vida sexual con otra pareja, aun sabiendo que soy portadora de VPH	5	4	3	2	1
13. Estimo que la presencia de Verruga en los genitales es indicador de la presencia del VPH	5	4	3	2	1
14. Tengo interés en someterme periódicamente al examen de citología cervical	5	4	3	2	1
15. Me satisface evidenciar mejoría al cumplir con el tratamiento contra el VPH	5	4	3	2	1
16. Tengo Interés en obtener conocimiento sobre las lesiones que produce el VPH	5	4	3	2	1
17. Considero que debo mantener medidas preventivas para evitar la transmisión del VPH a otras personas	5	4	3	2	1
18. Me atemoriza pensar que puedo morir a consecuencia del VPH	5	4	3	2	1
19. Considero que tener múltiples parejas es un factor de riesgo para contraer el VPH	5	4	3	2	1
20. Rehusó tener una vida sexual con varias parejas	5	4	3	2	1
21. Considero que el VPH es una infección de transmisión sexual incurable, pero controlable	5	4	3	2	1
22. Iniciar una vida sexual a temprana edad representa alto riesgo para contraer ITS	5	4	3	2	1
23. Estaría dispuesta decirle a una nueva pareja sexual que soy portadora del VPH	5	4	3	2	1
24. Estoy dispuesta a investigar como contraje el VPH	5	4	3	2	1
25. Estoy dispuesta a notificarle a mis familiares que he contraído el VPH	5	4	3	2	1

Apéndice G

Escala de Machismo Sexual

(Díaz, Rosas & González, 2010)

I.- Expresa en tu opinión tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases. Por favor responde honestamente.

He observado que mi pareja sexual piensa:

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Que solamente el hombre puede tener sexo antes del matrimonio	1	2	3	4	5
2. Que un hombre puede tener hijos fuera del matrimonio	1	2	3	4	5
3. Que solamente el hombre puede tener experiencia sexual	1	2	3	4	5
4. Que un hombre puede tener su primera relación sexual con una persona que no es su pareja	1	2	3	4	5
5. Que un hombre casado o con pareja estable puede tener relaciones sexuales con prostitutas	1	2	3	4	5
6. Que una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja	1	2	3	4	5
7. El hombre necesita tener varias parejas sexuales	1	2	3	4	5
8. Sin importar la situación o el estado de ánimo, la mujer debe tener relaciones sexuales cuando su pareja quiera tenerlas	1	2	3	4	5
9. Que un hombre tenga varias parejas sexuales al mismo tiempo	1	2	3	4	5

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Sin opinión	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Que es la mujer quien debe encargarse de cuidarse para la relación Sexual	1	2	3	4	5
11. El hombre debe iniciar su vida sexual en la adolescencia	1	2	3	4	5
12. El hombre debe hacer que su hijo hombre inicie su vida sexual	1	2	3	4	5

Apéndice H

Escala VIH Estigma

(Berger, 2001, adaptado por Guerra y Moreno, 2016)

I.- Marque con **X** la opción que exprese su disposición ante los enunciados que se presentan a continuación.

Reactivo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. En muchas áreas de mi vida, nadie sabe que tengo VPH	5	4	3	2	1
2. Me siento culpable porque tengo VPH	5	4	3	2	1
3. Las actitudes de las personas me hacen sentir peor	5	4	3	2	1
4. Decirle a alguien que tengo el VPH es un riesgo	5	4	3	2	1
5. Las personas con VPH pierden empleos cuando los empleadores se enteran	5	4	3	2	1
6. Yo trabajo mucho para mantener en secreto que tengo VPH	5	4	3	2	1
7. Siento que no soy tan buena como otros porque tengo VPH	5	4	3	2	1
8. Nunca me siento avergonzada de tener VPH	5	4	3	2	1
9. Las personas con VPH son tratados diferentes (discriminadas)	5	4	3	2	1
10. La mayoría de la gente cree que una persona que tiene el VPH está sucia	5	4	3	2	1
11. Es más fácil evitar las amistades que preocuparse por decirles que tengo VPH	5	4	3	2	1
12. Tener VPH me hace sentir sucia	5	4	3	2	1
13. Me siento apartada, aislada del resto del mundo	5	4	3	2	1
14. La mayoría de la gente piensa que una persona con VPH es repugnante	5	4	3	2	1
15. Tener VPH me hace sentir que soy una mala persona	5	4	3	2	1
16. La mayor parte de las mujeres que tienen VPH son rechazadas cuando otros se enteran	5	4	3	2	1

Reactivo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
17. Yo soy muy cuidadosa a quien le digo que tengo el VPH	5	4	3	2	1
18. Algunas personas que me conocen se han distanciado de mí	5	4	3	2	1
19. Me preocupa que la gente me discrimine	5	4	3	2	1
20. La mayoría de la gente se siente incómoda cerca de una mujer con VPH	5	4	3	2	1
21. Nunca siento que tengo que ocultar que tengo VPH	5	4	3	2	1
22. Me preocupa que la gente me pueda juzgar cuando se enteren que tengo VPH	5	4	3	2	1
23. Tener VPH en mi cuerpo es repugnante para mí	5	4	3	2	1
24. Me he sentido lastimada por cómo la gente reaccionó al saber que tengo VPH	5	4	3	2	1
25. Me preocupa que la gente que sabe que tengo el VPH le dirá a otros	5	4	3	2	1
26. Lamento haber dicho a algunas personas que tengo VPH	5	4	3	2	1
27. Por regla general, decir a los demás que tengo VPH ha sido un error	5	4	3	2	1
28. La gente evita tocarme si sabe que tengo VPH	5	4	3	2	1
29. Las personas que me importan han dejado de llamarme después de enterarse que tengo VPH	5	4	3	2	1
30. Algunos me han dicho que tener VPH es lo que merezco por cómo viví	5	4	3	2	1
31. Algunos veces temo que seré rechazada debido que tengo VPH	5	4	3	2	1
32. No me quieren cerca de sus hijos una vez que saben que tengo VPH	5	4	3	2	1
33. La gente que me respaldaba físicamente ahora está lejos de mí	5	4	3	2	1
34. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa el que tenga VPH	5	4	3	2	1
35. He dejado de socializar con algunos debido a sus reacciones	5	4	3	2	1

Reactivo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
36. He perdido amigos diciéndoles que tengo VPH	5	4	3	2	1
37. He pedido a personas cercanas a mí que mantenga en secreto que tengo VPH	5	4	3	2	1
38. Las personas que saben que tengo VPH tienden a ignorar mis buenos puntos	5	4	3	2	1
39. La gente parece tenerme miedo porque tengo VPH	5	4	3	2	1
40. Si saben que tengo VPH, lo verán como un defecto	5	4	3	2	1

Apéndice I

Escala Brief COPE Inventory (BCI)

(Vargas, Herrera, Rodríguez & Sepúlveda, 2010, adaptado por Guerra y Moreno, 2016)

I.- Exprese su opinión con las siguientes frases.

Reactivo	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando	1	2	3	4
2. Me esfuerzo por hacer algo para resolver la Situación	1	2	3	4
3. Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mí	1	2	3	4
4. Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor	1	2	3	4
5. Busco apoyo emocional y afecto de alguien	1	2	3	4
6. Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo	1	2	3	4
7. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación	1	2	3	4
8. Me niego a creer lo que me está pasando	1	2	3	4
9. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación	1	2	3	4
10. Busco ayuda y consejo de otras personas	1	2	3	4
11. Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor	1	2	3	4
12. Trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles	1	2	3	4
13. Me critico a mí misma ahora más que antes del diagnóstico	1	2	3	4
14. Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación	1	2	3	4
15. Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona	1	2	3	4
16. Admito que no puedo con la situación de ser portadora de VPH y enfrentarla	1	2	3	4
17. Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo	1	2	3	4
18. Hago bromas sobre lo que me pasa	1	2	3	4
19. Hago algo para pensar menos en mi situación	1	2	3	4
20. Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir	1	2	3	4
21. Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento	1	2	3	4
22. Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual	1	2	3	4
23. Busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo	1	2	3	4

Reactivo	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
24. Aprendo a vivir con el diagnóstico de ser portadora de VPH y sus tratamientos	1	2	3	4
25. Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación de diagnóstico de VPH	1	2	3	4
26. Me culpo a mí misma por lo que me pasa.	1	2	3	4
27. Rezo, oro o medito	1	2	3	4
28. Tomo la situación difícil con humor	1	2	3	4

Apéndice J

Escala de Autoeficacia para una Conducta Protectora para CaCU

A.-Autoeficacia para el Sida (SEA-27)

(López & Moral, 2001, adaptada por Guerra y Moreno, 2016).

I.- Marque con una **X** la opción que exprese su disposición ante los enunciados que se presentan a continuación.

¿Qué tan segura estás de ser capaz de ...	Nada segura	Algo segura	Medio segura	Muy segura	Totalmente segura
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	1	2	3	4	5
2. Usar correctamente el condón?	1	2	3	4	5
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que tú y tu pareja han estado bebiendo alcohol?	1	2	3	4	5
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que tú y tu pareja han estado consumiendo o utilizado alguna droga? (mariguana, resistol, tinner))	1	2	3	4	5
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja sexual prefiere no usarlo?	1	2	3	4	5
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	1	2	3	4	5
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	1	2	3	4	5
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	1	2	3	4	5
9. No tener relaciones sexuales con otra pareja fuera del matrimonio?	1	2	3	4	5
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	1	2	3	4	5
11. Platicar con tu pareja sobre temas sexuales?	1	2	3	4	5
12. Platicar con tu pareja sobre el uso del condón?	1	2	3	4	5

B. Escala de autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología.
(Florez & Rubio, 2013)

I.- Por favor lea las frases y marque con una **X** la opción que se le acomode más a usted.

¿En cuál de las siguientes situaciones usted se siente totalmente segura de que es capaz de tomarse la citología cervical?

1. Aunque le dé miedo que le puedan diagnosticar cáncer de cuello uterino	No estoy totalmente segura	Mas o menos segura	Estoy totalmente segura
2. Aunque otras mujeres le hayan contado que a ellas les dolió cuando se hicieron la citología cervical	No estoy totalmente segura	Mas o menos segura	Estoy totalmente segura
3. Aunque le haya dolido mucho cuando le tomaron la última citología cervical	No estoy totalmente segura	Mas o menos segura	Estoy totalmente segura
4. Aunque le dé pena contarle a su pareja que tiene que tomarse la citología cervical	No estoy totalmente segura	Mas o menos segura	Estoy totalmente segura
5. Aunque no se haya sentido bien atendida por los médicos y las enfermeras	No estoy totalmente segura	Mas o menos segura	Estoy totalmente segura
6. Aunque no sepa lo que le van a hacer durante la toma del examen	No estoy totalmente segura	Mas o menos segura	Estoy totalmente segura

Apéndice K

Escala de Conducta Protectora para CaCU

I.- Responda honestamente las siguientes preguntas marcando la respuesta con una **X**

A.- Tipo de relación

a) Se encuentra en una relación sexual estable (con una sola pareja) _____

b) Tiene varias parejas sexuales _____

c) No tiene pareja sexual _____

B.- Uso del condón

1.- ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales, usted y su pareja utilizaron el condón?

Si _____ No _____

2.- ¿Durante los últimos 3 meses en sus relaciones sexuales usted y su pareja han utilizado el condón?

Si _____ No _____

C.-Control de la citología cervical

Escala de APAS (Florez & Rubio, 2013)

II.- Por favor lea cada frase y marque con una **X** la opción que más se acomode a lo que usted cree, siente o piensa. No hay respuestas buenas ni malas. No piense demasiado su respuesta.

¿Ya tiene planeado el mes en que va a tomarse el próxima Papanicolaou?	Si	No
¿Ya tiene planeado dónde se va a tomar el próximo Papanicolaou?	Si	No
¿Ya tiene planeado cada cuánto se va a tomar el Papanicolaou ?	Si	No

III.- A continuación, lea todas las frases y elija **SOLO UNA** que sea la que más se acomoda a usted y márquela con una **X**:

Yo nunca me he realizado la citología cervical y realmente no tengo la intención de hacérmela durante este año	
Yo nunca me he tomado la citología cervical, pero tengo la firme intención de hacérmela durante este año	
Yo me tomé la citología cervical hace varios años y dejé de hacerlo, pero tengo la intención de hacérmela este año	
Yo hace poco me hice mi primera citología cervical y tengo la intención de hacérmela cada año	
Yo me he tomado varias citologías cervicales y tengo la firme intención de seguir haciéndomela cada año	
Yo sí me he tomado la citología cervical, pero no tengo la intención de hacérmela de nuevo	

D. Escala Comunicación protectora en salud sexual

(Catania et al; 1995, adaptada por Guerra y Moreno, 2016).

I.- Por favor responda unas preguntas sobre cosas que la gente discute con su pareja sexual

En los últimos 3 meses	Con su pareja sexual	
1-¿Le ha preguntado a su pareja como se siente sobre el uso de condón?	Si	No
2-¿Usted y su pareja han platicado sobre la importancia de tener una pareja sexual estable?	Si	No
3-¿Le dijo a su pareja que usted no iba a tener relaciones sexuales sin usar un condón?	Si	No
4-¿Habló con su pareja sobre la necesidad de que ambos se hicieran la prueba del VPH?	Si	No
5-¿Le preguntó a su pareja si alguna vez él (ella) había tenido una enfermedad sexual como VPH?	Si	No

Apéndice L

Conciencia acerca del VPH y CaCU en mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Muy en desacuerdo		En desacuerdo		No lo sé		De acuerdo		Muy de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Me preocupa desarrollar CaCU	1	.5	2	1.0	5	2.5	19	9.5	174	86.6
2. Me preocupa ser portadora del VPH	5	2.5	4	2.0	9	4.5	18	9.0	164	82.1
3. Creo que estoy en riesgo de desarrollar CaCU	8	4.0	12	6.0	44	21.9	56	27.9	81	40.3
4. Creo que estoy en riesgo de transmitir el VPH	21	10.4	22	10.9	39	19.4	46	22.9	73	36.3
5. Todas las mujeres tienen probabilidad desarrollar CaCU	7	3.5	16	8.0	40	19.9	50	24.9	88	43.8
6. Mis probabilidades de contagiar el VPH son altas	16	8.0	26	12.9	59	29.4	44	21.9	56	27.9
7. Tengo capacidad de evitar CaCU	12	6.0	4	2.0	32	15.9	44	21.9	109	54.2
8. Tengo capacidad de evitar transmitir el VPH	9	4.5	5	2.5	21	10.4	47	23.4	119	59.2
9. Desarrollar el CaCU es la enfermedad más grave	9	4.5	19	9.5	38	18.9	46	22.9	89	44.3
10. El VPH se puede controlar con tratamiento adecuado	5	2.5	3	1.5	12	6.0	46	22.9	135	67.2
11. El CaCU es curable con diagnóstico oportuno y tratamiento	1	.5	3	1.5	23	11.4	46	22.9	128	63.7
12. El VPH es mortal	14	7.0	26	12.9	51	25.4	49	24.4	61	30.3

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala de conciencia acerca del VPH y CaCU.

Apéndice M

Conocimiento del VPH en las mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Verdadero		Falso		No lo sé	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. El VPH causa herpes	35	17.4	78	38.8	88	43.8
2. Las verrugas genitales son causadas por el VPH	160	79.6	4	2.0	37	18.4
3. El VPH puede causar cáncer	187	93.0	1	.5	13	6.5
4. Realizarse el Papanicolaou previene complicaciones del VPH	182	90.5	9	4.5	10	5.0
5. Si el Papanicolaou es normal no tiene VPH	76	37.8	77	38.3	48	23.9
6. Cambios en el Papanicolaou pueden indicar VPH	112	55.7	34	16.9	55	27.4
7. Las verrugas genitales son causadas por el herpes	53	26.4	75	37.3	73	36.3
8. El VPH puede causar cáncer	183	91.0	3	1.5	15	7.5
9. El Papanicolaou casi siempre detecta VPH	123	61.2	42	20.9	36	17.9
10. El VPH puede generar crecimientos verrugosos	158	78.6	4	2.0	39	19.4
11. Sin tratamiento, el VPH puede causar pre-cáncer o displasia	154	76.6	6	3.0	41	20.4
Aumenta el riesgo de contraer VPH:						
12. Tener sexo antes de los 16 años	121	60.2	19	9.5	61	30.3
13. Tener múltiples parejas sexuales	188	93.5	3	1.5	10	5.0
14. Su pareja tenga múltiples parejas sexuales	185	92.0	2	1.0	17	7.0

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras del VPH. Escala de conocimiento y conciencia del VPH.

Apéndice N

Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH en la mujer portadora del VPH

Reactivos	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Dispuesta a aceptar el tratamiento para VPH	190	94.5	10	5.0	1	.5	0	0	0	0
2. Me complace tener relaciones con mi pareja	26	12.9	30	14.9	49	24.4	49	24.4	47	23.4
3. El VPH es una ITS	166	82.6	28	13.9	3	1.5	4	2.0	0	0
4. Dispuesta a aceptar lo que implica el VPH	140	69.7	41	20.4	12	6.0	6	3.0	2	1.0
5. Me desagrada asistir al control citológico	23	11.4	28	13.9	25	12.4	48	23.9	77	38.3
6. Considero necesario cumplir con el tratamiento	175	87.1	23	11.4	2	1.0	0	0	1	5
7. Tengo interés en cambiar mi estilo de vida sexual	127	63.2	44	21.9	19	9.5	7	3.5	4	2.0
8. Estimo que el VPH pone en peligro mi vida	136	67.7	40	19.9	13	6.5	6	3.0	6	3.0
9. Me agrada acudir a control del VPH	135	67.2	39	19.4	17	8.5	6	3.0	4	2.0
10. Estoy dispuesta a utilizar preservativos	153	76.1	34	16.9	8	4.0	3	1.5	3	1.5
11. Considero que la citología puede determinar el VPH	96	47.8	54	26.9	25	12.4	16	8.0	10	5.0
12. Estaría dispuesta a iniciar una vida sexual con otra pareja, aun sabiendo que tengo VPH	13	6.5	21	10.4	25	12.4	58	28.9	84	41.8
13. Las Verruga genitales son indicadores del VPH	110	54.7	48	23.9	27	13.4	8	4.0	8	4.0
14. Tengo interés en someterme periódicamente al control citológico	170	84.6	26	12.9	5	2.5	0	0	0	0

Nota: $n = 201$ mujeres portadoras de VPH. Escala de actitud hacia el VPH.

(continúa)

Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH en mujer portadora del VPH
(continuación)

Reactivos	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
15. Me satisface evidenciar mejoría al cumplir con el tratamiento contra el VPH	105	52.2	35	17.4	27	13.4	14	7.0	20	10.0
16. Tengo Interés en obtener conocimiento sobre las lesiones que produce el VPH	163	81.1	33	16.4	3	1.5	1	.5	1	.5
17. Debo mantener medidas preventivas para evitar la transmisión el VPH	168	83.6	28	13.9	4	2.0	0	0	1	.5
18. El VPH puede desencadenar un CaCU	137	68.2	50	24.9	8	4.0	4	2.0	2	1.0
19. Tener múltiples parejas es un factor de riesgo para contraer el VPH	163	81.1	26	12.9	6	3.0	2	1.0	3	1.5
20. Me rehusó tener una vida sexual con varias parejas	128	63.7	40	19.9	12	6.0	9	4.5	12	6.0
21. El VPH es una ITS incurable, pero controlable	113	56.2	48	23.9	17	8.5	14	7.0	9	4.5
22. Iniciar una vida sexual a temprana edad representa alto riesgo para contraer ITS	119	59.2	43	21.4	24	11.9	9	4.5	6	3.0
23. Estaría dispuesta decirle a una nueva pareja sexual que soy portadora del VPH	86	42.8	49	24.4	25	12.4	19	9.5	22	10.9
24. Estoy dispuesta a investigar como contraí el VPH	102	50.7	50	24.9	26	12.9	10	5.0	13	6.5
25. Estoy dispuesta a notificarle a mis familiares que he contraído el VPH	79	39.3	44	21.9	28	13.9	28	13.9	22	10.9

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala de actitud hacia el VPH.

Apéndice O

Percepción de machismo que tiene la mujer portadora del VPH de su pareja

Reactivos	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Sin opinión		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
He observado que mi pareja sexual piensa:										
1. Que solamente el hombre puede tener sexo antes del matrimonio	99	49.3	44	21.9	24	11.9	9	4.5	25	12.4
2. Que un hombre puede tener hijos fuera del matrimonio	89	44.3	53	26.4	21	10.4	16	8.0	22	10.9
3. Que solamente el hombre puede tener experiencia sexual	108	53.7	45	22.4	19	9.0	16	8.0	14	7.0
4. Que un hombre puede tener su primera relación sexual con una persona que no es su pareja	83	41.3	44	21.9	28	13.9	23	11.4	23	11.4
5. Que un hombre casado o con pareja estable puede tener relaciones sexuales con prostitutas	109	54.2	35	17.4	20	10.0	12	6.0	25	12.4
6. Que una mujer debe aceptar las infidelidades de su pareja	120	59.7	33	16.4	13	6.5	10	5.0	25	12.4
7. El hombre necesita tener varias parejas sexuales	116	57.7	33	16.4	17	8.5	9	4.5	26	12.9
8. Sin importar la situación o el estado de ánimo, la mujer debe tener relaciones sexuales cuando su pareja quiera tenerlas	107	53.2	41	20.4	8	4.0	15	7.5	30	14.9
9. Que un hombre tenga varias parejas sexuales al mismo tiempo	121	60.2	30	14.9	17	8.5	9	4.5	24	11.9

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala Machismo Sexual.

(continúa)

Percepción de machismo que tiene la mujer portadora del VPH de su pareja
(continuación)

Reactivos	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Sin opinión		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
He observado que mi pareja sexual piensa:										
10. Que es la mujer quien debe encargarse de cuidarse para la relación sexual	108	53.7	38	18.9	12	6.0	15	7.5	28	13.9
11. El hombre debe iniciar su vida sexual en la adolescencia	87	43.3	37	18.4	33	16.4	19	9.5	25	12.4
12. El hombre debe hacer que su hijo hombre inicie su vida sexual	115	57.2	45	22.4	20	10.0	3	1.5	18	9.0

Nota: $n= 201$ mujeres portadoras de VPH. Escala Machismo Sexual.

Apéndice P

Estigma percibida por las mujeres portadoras del VPH

Reactivos	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. En muchas áreas de mi vida, nadie sabe que tengo VPH	86	42.8	64	31.8	22	10.9	20	10.0	9	4.5
2. Me siento culpable porque tengo VPH	63	31.3	50	24.9	19	9.5	41	20.4	28	13.9
3. Las actitudes de las personas me hacen sentir peor	35	17.4	37	18.4	44	21.9	46	22.9	39	19.4
4. Decirle a alguien que tengo el VPH es un riesgo	43	21.4	39	19.4	38	18.9	50	24.9	31	15.4
5. Las personas con VPH pierden empleos	25	12.4	31	15.4	56	27.9	42	20.9	47	23.4
6. Yo trabajo mucho para mantener en secreto que tengo VPH	32	15.9	32	15.9	48	23.9	52	25.9	37	18.4
7. Siento que no soy tan buena como otros porque tengo VPH	28	13.9	21	10.4	29	14.4	56	27.9	67	33.3
8. Nunca me siento avergonzada de tener VPH	33	16.4	33	16.4	38	18.9	56	27.9	41	20.4
9. Las personas con VPH son tratados diferentes (discriminadas)	39	19.4	37	18.4	54	26.9	38	18.9	33	16.4
10. La gente cree que una persona que tiene el VPH está sucia	46	22.9	55	27.4	34	16.9	37	18.4	29	14.4
11. Es más fácil evitar las amistades que decirles que tengo VPH	34	16.9	22	10.9	52	25.9	60	29.9	33	16.4
12. Tener VPH me hace sentir sucia	30	14.9	28	13.9	34	16.9	52	25.9	57	28.4

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala VIH estigma.

(continúa)

Estigma percibida por las mujeres portadoras del VPH (continuación)

Reactivos	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
13. Me siento apartada, aislada del resto del mundo	22	10.9	19	9.4	31	15.4	61	30.3	68	33.8
14. La gente piensa que una persona con VPH es repugnante	35	17.4	37	18.4	37	18.4	52	25.9	40	19.9
15. Tener VPH me hace sentir que soy una mala persona	26	12.9	17	8.5	24	11.9	62	30.8	72	35.8
16. Las mujeres que tienen VPH son rechazadas	46	22.9	47	23.4	42	20.9	41	20.4	25	12.4
17. Yo soy muy cuidadosa a quien le digo que tengo el VPH	98	48.8	66	32.8	13	6.5	12	6.0	12	6.0
18. Algunas personas que me conocen se han distanciado de mí	18	9.0	16	8.0	51	25.4	54	26.9	62	30.8
19. Me preocupa que la gente me discrimine	44	21.9	41	20.4	40	19.9	39	19.4	37	18.4
20. La gente se siente incómoda cerca de una mujer con VPH	41	20.4	36	17.9	42	20.9	43	21.4	39	19.4
21. Nunca siento que tengo que ocultar que tengo VPH	24	11.9	37	18.4	49	24.4	45	22.4	46	22.9
22. Me preocupa que la gente me pueden juzgar cuando se enteren que tengo VPH	53	26.4	51	25.4	37	18.4	36	17.9	24	11.9
23. Tener VPH en mi cuerpo es repugnante para mí	32	15.9	37	18.4	25	12.4	57	28.4	50	24.9

Nota: n= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala VIH estigma.

(continúa)

Estigma percibida por las mujeres portadoras del VPH (continuación)

Reactivos	Muy de acuerdo		De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
24. Me he sentido lastimada por cómo la gente reaccionó al saber que tengo VPH	32	15.9	26	12.9	47	23.4	46	22.9	50	24.9
25. Me preocupa que la gente le diga a otros que tengo VPH	60	29.9	49	24.4	33	16.4	29	14.4	30	14.9
26. Lamento haber dicho a algunas personas que tengo VPH	0	9.9	8	8.9	8	8.9	2	0.9	3	1.4
27. Decir a los demás que tengo VPH ha sido un error	31	15.4	24	11.9	45	22.4	50	24.9	51	25.4
28. La gente evita tocarme si sabe que tengo VPH	20	10.0	20	10.0	53	26.4	46	22.9	62	30.8
29. Las personas que me importan han dejado de llamarme después de enterarse que tengo VPH	16	8.0	11	5.5	37	18.4	61	30.3	76	37.8
30. Me ha dicho que tener VPH es lo que merezco por cómo viví	16	8.0	14	7.0	30	14.9	56	27.9	85	42.3
31. Temo que seré rechazada debido que tengo VPH	34	16.9	48	23.9	32	15.9	43	21.4	44	21.9
32. No me quieren cerca de sus hijos una vez que saben que tengo VPH	14	7.0	19	9.5	46	22.9	55	27.4	67	33.3
33. La gente que me respaldaba ahora está lejos de mí	18	9.0	10	5.0	44	21.9	57	28.4	72	35.8
34. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa el que tenga VPH	25	12.4	26	12.9	36	17.9	48	23.9	66	32.8
35. He dejado de socializar con algunos debido a sus reacciones	17	8.5	27	13.4	36	17.9	54	26.9	67	33.3
36. He perdido amigos diciéndoles que tengo VPH	13	6.5	16	8.0	38	18.9	53	26.4	81	40.3
37. He pedido a personas que mantenga en secreto que tengo VPH	39	19.4	32	15.9	34	16.9	41	20.4	55	27.4

Nota: n= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala VIH estigma.

Apéndice Q

Afrontamiento al diagnóstico y control del VPH

Reactivos	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando	46	22.9	66	32.8	39	19.4	50	24.9
2. Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación	12	6.0	32	15.9	47	23.4	110	54.7
3. Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mí	28	13.9	17	8.5	63	31.3	93	46.3
4. Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor	5	2.5	5	2.5	24	11.9	166	82.6
5. Busco apoyo emocional y afecto de alguien	70	34.8	65	32.3	26	12.9	40	19.9
6. Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo	17	8.5	10	5.0	61	30.3	113	56.2
7. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación	10	5.0	32	15.9	43	21.4	116	57.7
8. Me niego a creer lo que me está pasando	30	14.9	13	6.5	57	28.4	101	50.2
9. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación	27	13.4	63	31.3	39	19.4	72	35.8
10. Busco ayuda y consejo de otras personas	29	14.4	59	29.4	40	19.9	73	36.3
11. Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor	5	2.5	6	3.0	11	5.5	179	89.1
12. Trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles	10	5.0	38	18.9	39	19.4	114	56.7
13. Me critico a mí misma ahora más que antes del diagnóstico	37	18.4	19	9.5	61	30.3	84	41.8

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala Brief COPE Inventory.

(continúa)

Afrontamiento al diagnóstico y control del VPH (continuación)

Reactivos	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
14. Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación	27	13.4	66	32.8	49	24.4	59	29.4
15. Admito que no puedo con la situación de ser portadora de VPH y enfrentarla	28	13.9	22	10.9	63	31.3	88	43.8
16. Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo	15	7.5	61	30.3	49	24.4	76	37.8
17. Hago bromas sobre lo que me pasa	141	70.1	35	17.4	14	7.0	11	5.5
18. Hago algo para pensar menos en mi situación	37	18.4	65	32.3	56	27.9	43	21.4
19. Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir	18	9.0	57	28.4	48	23.9	78	38.8
20. Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento	48	23.9	66	32.8	30	14.9	57	28.4
21. Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual	69	34.3	38	18.9	30	14.9	64	31.8
22. Busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo	29	14.4	51	25.4	40	19.9	81	40.3
23. Aprendo a vivir con el diagnóstico de ser portadora de VPH y sus tratamientos	15	7.5	41	20.4	37	18.4	108	53.7
24. Pienso mucho en cuáles son los pasos que tendría que seguir para resolver la situación del diagnóstico de VPH	17	8.5	46	22.9	46	22.9	92	45.8
25. Me culpo a mí misma por lo que me pasa	37	18.4	20	10.0	53	26.4	91	45.3
26. Rezo, oro o medito	36	17.9	54	26.9	34	16.9	77	38.3
27. Tomo la situación difícil con humor	65	32.3	61	30.3	29	14.4	46	22.9

Nota: *n*= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala Brief COPE Inventory.

Apéndice R

Autoeficacia para el uso del condón

Reactivos										
	Nada segura		Algo segura		Medio segura		Muy segura		Totalmente segura	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Que tan segura estas de ser capaz de :										
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	15	7.5	23	12.9	19	9.5	45	22.4	96	47.8
2. Usar correctamente el condón?	17	8.5	12	6.0	29	14.4	47	23.4	96	47.8
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que tú y tu pareja han estado bebiendo alcohol?	56	27.9	10	5.0	31	15.4	35	17.4	69	34.3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que tú y tu pareja han estado consumiendo o utilizado alguna droga (mariguana, resistol, tiner)?	71	35.3	12	6.0	16	8.0	25	12.4	77	38.3
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja sexual prefiere no usarlo?	24	11.9	13	6.5	13	6.5	45	22.4	106	52.7
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	23	11.4	17	8.5	23	11.4	32	15.9	106	52.7
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	18	9.0	13	6.5	21	10.4	49	24.4	100	49.8
8. Acudir a la tienda a comprar condones?	23	11.4	7	3.5	20	10.0	42	20.9	109	54.2
9. No tener relaciones sexuales con otra pareja fuera del matrimonio?	31	15.4	9	4.5	19	9.5	38	18.9	104	51.7
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	24	11.9	12	6.0	27	13.4	33	16.4	105	52.2
11. Platicar con tu pareja sobre temas sexuales?	12	6.0	5	2.5	12	6.0	41	20.4	131	65.2
12. Platicar con tu pareja sobre el uso del condón?	11	5.5	8	4.0	13	6.5	29	14.4	140	69.7

Nota: n= 201 mujeres portadoras de VPH. Escala autoeficacia para el Sida (SEA-27).

Apéndice S

Autoeficacia en mujeres portadoras del VPH para la toma de la citología cervical

Reactivos	No estoy totalmente segura		Mas o menos segura		Estoy totalmente Segura	
¿En cuál de las situaciones usted se siente totalmente segura de que es capaz de tomarse el Papanicolaou?	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Aunque le dé miedo que le puedan diagnosticar cáncer de cuello uterino	4	2.0	34	16.9	163	81.1
2. Aunque otras mujeres le hayan contado que a ellas les dolió cuando se hicieron el Papanicolaou	8	4.0	25	12.4	168	83.6
3. Aunque le haya dolido mucho cuando le tomaron el ultimo Papanicolaou	8	4.0	32	15.9	161	80.1
4. Aunque le dé pena contarle a su pareja que tiene que realizarse el Papanicolaou	6	3.0	19	9.5	176	87.6
5. Aunque no se haya sentido bien atendida por los médicos y las enfermeras	13	6.5	51	25.4	137	68.2
6. Aunque no sepa lo que le van a hacer durante la toma del examen	11	5.5	42	20.9	148	73.6

Nota: $n=201$ mujeres portadoras de VPH. Escala de autoeficacia de mantenimiento para la conducta de toma de citología.

Apéndice T

Matriz de correlación entre las variables del estudio

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.CPCaCU	1	.222**	.247**	.097	-.163*	-.104	.214**	.300**	.131	-.012	.020
2.Conciencia acerca del VPH Y CaCU		1	.061	.311**	.087	.032	.024	.140*	.219**	-.140*	.157*
3.Conocimiento del VPH			1	.354**	-.103	-.261**	.187**	.325**	-.283**	.390**	.093
4.Actitud hacia el diagnóstico y control del VPH				1	-.057	-.084	.209**	.457**	-.041	.013	.117
5.Estigma					1	.288**	-.278**	-.143*	.065	-.158*	-.063
6.Machismo						1	-.104	-.102	.231**	-.312**	.088
7.Afrontamiento al diagnóstico y control del VPH							1	.368**	-.029	.189**	-.132
8.Autoeficacia para una CPCaCU								1	.016	.096	.037
9.Edad									1	-.517**	.233**
10.Escolaridad										1	-.091
11.Tiempo con el diagnóstico											1

* $p < .05$

** $p < .01$

Resumen Autobiográfico

Candidato a obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE CONDUCTA PROTECTORA PARA CÁNCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES PORTADORAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS- VIH/SIDA

Biografía: Gloria Maricela Guerra Rodríguez, nacida en la Ciudad de H. Matamoros Tamaulipas, el día 15 de Mayo de 1986, hija de Celina Rodríguez Bocanegra y Héctor Guerra Martínez.

Educación: Egresada de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas como Licenciada en enfermería en el 2008 y como Maestra en Enfermería en el 2013. Becaria por el Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP), para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León en el periodo 2014-2017.

Experiencia profesional: Profesor de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros UAT a partir del 2014 a la fecha. Certificación como enfermera docente por el Consejo Mexicano de Acreditación en Enfermería. Profesor con perfil deseable PROMEP.

Miembro de las siguientes asociaciones: Sigma Theta Tau International. Honor Society of Nursing y del Colegio de Enfermeras/os de la Cd. de H Matamoros, Tamaulipas.

Reconocimientos: Mención honorífica por primer lugar en aprovechamiento de egreso de la Licenciatura en enfermería y tercer lugar de generación 2004-2008.
gguerra@docentes.uat.edu.mx, maricela18_@hotmail.com